

# Canadian Health Policy in the News

*Why Evidence Matters*



NORALOU ROOS | SHARON MANSON SINGER | KATHLEEN O'GRADY

CAMILLA TAPP | SHANNON TURCZAK

# Canadian Health Policy in the News

## Why Evidence Matters

---

### Canadian Health Policy in the News

---

#### Copyright

---

#### Acknowledgements

---

#### Introduction

---

### Chapter 1: Aging Population and Its Potential Impact

---

**p. 11 Seniors are not a threat to Canada's healthcare system**  
Noralou Roos and Nicholas Hirst

---

**p. 14 Les personnes âgées ne constituent pas une menace pour le système de santé canadien**  
Noralou Roos et Nicholas Hirst

---

**p. 17 Some ideas can be bad for your health**  
Alan Cassels

---

**p. 20 Ne blâmons pas les baby-boomers**  
Alan Cassels

---

**p. 23 Expanding CPP easier said than done**  
Robert Brown

---

p. 26 **Pension plans: Why all the fuss?**  
Robert Brown

---

p. 29 **Pension pools: The way to go?**  
Robert Brown

---

p. 32 **We can sustain our healthcare system: here's how**  
Neena Chappell and Marcus Hollander

---

p. 35 **Nous pouvons maintenir notre système de santé : voici comment**  
Neena Chappell et Marcus Hollander

---

p. 39 **Lies, damn lies and statistics**  
Robert Brown

---

p. 42 **Let's debate OAS based on fact, not perception**  
Robert Brown

---

p. 45 **Why Canada needs to expand its public pension system**  
Michael Wolfson

---

p. 48 **Generational fairness and Old Age Security**  
Michael Wolfson

---

p. 51 **OAS savings could turn out to be costly**  
Michael Wolfson

---

p. 54 **Why seniors matter – and how they contribute to our everyday lives**  
Verena Menec

---

p. 56 **Pourquoi les personnes âgées sont importantes et comment elles contribuent à nos vies quotidiennes**  
Verena Menec

---

p. 59 **Age-friendly communities create a healthier society for everyone**  
Verena Menec

---

p. 61 **Les collectivités-amies des aînés créent une société plus saine pour tout le monde**  
Verena Menec

---

## **Chapter 2: Healthcare Costs and Spending**

---

p. 65 **From grey tsunami to glacier: Why the boomers won't bankrupt the healthcare system, but over-diagnosis just might**  
Kimberlyn McGrail

---

p. 68 **New hospital funding models not without risks**  
Jason Sutherland and Trafford Crump

---

p. 71 **Pourquoi semble-t-il que nous n'ayons jamais assez de lits d'hôpitaux au Canada?**  
Jason Sutherland et Trafford Crump

---

p. 74 **Canadian doctors are making more money and are one of our fastest growing health costs**  
Livio Di Matteo

---

p. 77 **Expensive medicine: Why do Canadian doctors continue to prescribe the most costly drugs?**  
Alan Cassels

---

p. 80 **Des medicaments hors de prix : Pourquoi les médecins canadiens continuent-ils à prescrire les medicaments les plus coûteux?**  
Alan Cassels

---

p. 83 **Moving from innovation to improved health services for all Canadians: Let's be more than a 'nation of pilot projects'**  
Kimberlyn McGrail

---

p. 86 **Changes to the Canada Health Transfer mean a large windfall for some provinces, shortchange for others**  
Livio Di Matteo

---

p. 89 **Les changements apportés au transfert canadien en matière de santé représentent un gain important pour certaines provinces et un sous – financement pour d'autres**  
Livio Di Matteo

---

p. 92 **Hip and knee implants need improved monitoring, assessment**  
Eric Bohm

---

p. 95 **Une amélioration de la surveillance et de l'évaluation des prothèses de la hanche et du genou s'impose**  
Eric Bohm

---

p. 98 **Learning from European and U.S. healthcare**  
Jason Sutherland and Nadya Repin

---

p. 101 **La réforme du financement des hôpitaux favorise un accès plus rapide aux soins sans miner la santé des patients**  
Jason Sutherland et Nadya Repin

---

p. 105 **Transforming the way we deliver healthcare: Nurse-led care is the solution**  
Gina Browne

---

p. 108 **Vers une nouvelle approche de la prestation des soin de santé: La solution : des soins dirigés par le personnel infirmier**  
Gina Browne

---

p. 111 **Provinces must stand together on drug purchases**  
Marc-André Gagnon

---

p. 114 **For once, let's be thankful to our 'big brother' in Ottawa**  
Robert Brown

---

p. 117 **Pour une fois, remercions notre « big brother » à Ottawa**  
Robert Brown

---

p. 120 **Time to fight for pharmacare**  
Steve Morgan and Jamie Daw

---

p. 123 **Le temps est venu de se battre pour l'assurance médicaments**  
Steve Morgan et Jamie Daw

---

p. 126 **Patent protection for brand name drugs should come at a price**  
Marc-André Gagnon

---

p. 129 **Il devrait y avoir un prix à payer pour la protection par brevet des médicaments d'origine**  
Marc-André Gagnon

---

p. 132 **Bending the cost curve in healthcare**  
Greg Marchildon and Livio Di Matteo

---

p. 135 **Infléchir vers le bas la courbe de coûts en santé**  
Greg Marchildon et Livio Di Matteo

## Chapter 3: Private, For-Profit Solutions to Funding and Delivery

---

p. 139 **Our broken drug plan; Costly, inefficient and inequitable**  
Marc-André Gagnon

---

p. 142 **How Canada artificially inflates the cost of prescription drugs to the tune of \$2 billion**  
Marc-André Gagnon

---

p. 145 **Médicaments: Un gaspillage annuel de de deux milliards**  
Marc-André Gagnon

---

p. 147 **Beware the ghosts of medical research: How Big Pharma has developed new forms of ‘research’ to serve their interests**  
Marc-André Gagnon and Sergio Sismondo

---

p. 150 **Gare aux fantômes qui hantent la recherche médicale: Les grandes firmes pharmaceutiques ont mis au point de nouvelles formes de « recherche » sous le regard complaisant des universités**  
Marc-André Gagnon et Sergio Sismondo

---

p. 154 **Who will pay for what? ‘Private’ healthcare means allowing insurance companies to provide for your well being**  
Alan Cassels

---

p. 157 **Our health system requires move to innovative, responsive, and integrated care, not privatization**  
Gregory Marchildon

---

p. 160 **Building the future of healthcare: Financing only the first stage**  
Gregory Marchildon

---

p. 163 **Bâtir l'avenir des soins de santé: Assurer uniquement le financement de la première phase**  
Gregory Marchildon

---

p. 166 **Wrestling with Big Pharma: How a country of just four million can teach Canada how to bargain**  
Colleen Flood

---

p. 168 **Private healthcare by stealth: We have much to lose if we tinker with the Canada Health Act**  
Allan Maslove

---

p. 171 **Des soins de santé privés par des moyens détournés: Nous avons beaucoup à perdre à retoucher la Loi canadienne sur la santé**  
Allan Maslove

---

p. 174 **Quelle stratégie québécoise pour l'accès au médicament?**  
Marc-André Gagnon

---

p. 177 **Thanks for paying to have my teeth cleaned**  
Irfan Dhalla

---

p. 179 **Why Canada should care about the Shouldice Hospital deal**  
Irfan Dhalla

---

p. 182 **Beyond the Chaoulli ruling: Debates on our health system need to be based in evidence**  
Damien Contandriopoulos

---

p. 184 **Au-delà de l'affaire Chaoulli: Les débats sur notre système de santé doivent reposer sur des preuves**  
Damien Contandriopoulos

## Chapter 4: More Care is Not Always Better

---

p. 188 **Saving our health system means putting the evidence first**  
Alan Cassels

---

p. 191 **Sauver notre système de santé, c'est mettre en évidence les faits**  
Alan Cassels

---

p. 194 **How to save \$690 and prevent unnecessary worry: The truth about medical tests for the heart**  
Alan Cassels

---

p. 197 **Comment économiser 690 \$ et s'éviter des inquiétudes inutiles**  
Alan Cassels

---

p. 200 **Canada's opioid public health crisis: It's time for national leadership on the issue**  
Ann Silversides

---

p. 203 **Les opioïdés responsables d'une « crise de santé publique » au Canada : Il est temps que les autorités nationales réagissent**  
Ann Silversides

---

p. 206 **Screening kids for high cholesterol: Why stop there?**  
Alan Cassels

---

p. 209 **Dépister l'hypercholestérolémie chez les enfants : pourquoi s'arrêter là?**  
Alan Cassels

---

p. 212 **Mammography and the overdiagnosis of breast cancer**  
Alan Cassels

---

p. 215 **Movember moustache? By all means: But caution warranted for the PSA test**  
Alan Cassels

---

p. 218 **Small benefits, substantial harms with mammography screening**  
Cornelia Baines

---

p. 221 **La mammographie : de petits avantages pour d'importants inconvénients**  
Cornelia Baines

---

p. 225 **Personalized genetic tests promise more than they can deliver**  
Alan Cassels

---

p. 228 **Les tests de dépistage génétique personnalisés moins éclairants que ce qu'on nous promet**  
Alan Cassels

---

p. 231 **Reducing the harm caused by screening mammography**  
Charles J. Wright

---

p. 234 **Réduire les torts causés par les mammographies de dépistage**  
Charles J. Wright

---

p. 237 **Why medical screening still has value: But not everyone should be screened**  
Alan Katz

---

p. 240 **Le dépistage préventif reste utile, mais pas dans toutes les situations**  
Alan Katz

---

p. 243 **Providing the right amount of healthcare: In healthcare, more is not always better**  
Thérèse Stukel and Noralou Roos

---

p. 246 **Prodiguer la bonne quantité de soins de santé: En matière de soins de santé, plus ne signifie pas toujours mieux**  
Thérèse Stukel and Noralou Roos

---

p. 250 **Medical screening has over-promised and under-delivered**  
Alan Cassels

---

p. 253 **Le dépistage médical : une réputation surfaite, des résultats mitigés**  
Alan Cassels

---

p. 256 **Why heart health is not just a numbers game**  
James McCormack

---

p. 259 **La santé du cœur, ce n'est pas qu'une question de taux**  
James McCormack

---

p. 263 **Getting the right dose: Many of us may be unintentionally over-dosing on our medications**  
James McCormack

---

p. 266 **La bonne dose: Involontairement, plusieurs d'entre nous prennent peut-être des surdoses de médicaments**  
James McCormack

---

p. 269 **More healthcare does not mean better health: Balance between healthcare spending and social supports crucial**  
Robert Brown

---

## Chapter 5: Health is More Than Healthcare

---

**p. 273      How our health system is failing our children**  
Lee Ford Jones

---

**p. 276      Child maltreatment rates not falling, new study finds**  
Marni Brownell

---

**p. 279      Certainty of punishment is best crime deterrent**  
Rick Linden

---

**p. 282      Les données indiquent que la certitude de la sanction se révélerait plus efficace que des peines plus sévères**  
Rick Linden

---

**p. 285      Canada's students rank among the best in the world in academic performance: Let's make sure we stay there**  
Ben Levin

---

**p. 288      Les élèves canadiens se classent parmi les meilleurs du monde sur le plan du rendement scolaire : Faisons en sorte de maintenir ces résultats**  
Ben Levin

---

**p. 291      Kids in care need more, and earlier, education supports**  
Marni Brownell

---

**p. 294      The latest public health crisis? Canadian kids going hungry**  
Lee Ford Jones

---

**p. 297      Une nouvelle crise en matière de santé publique? Des enfants canadiens ne mangent pas à leur faim**  
Lee Ford Jones

p. 300 **Cuts to Stats Canada a costly error**  
Mark Stabile and Vass Bednar

---

p. 303 **Les coupes à Statistique Canada : une erreur coûteuse**  
Mark Stabile et Vass Bednar

---

p. 306 **Why the rest of Canada should listen to Quebec's student protesters**  
Paul Kershaw

---

p. 309 **Junk food doesn't just go onto your hips — it gets into your hips: High fat and sugar diet is a silent bone robber**  
Cy Frank and Ron Zernicke

---

p. 312 **La malbouffe ne fait pas qu'arrondir vos hanches, elle les gruge'. L'alimentation riche en graisses et en sucre : une silencieuse voleuse d'os**  
Cy Frank et Ron Zernicke

---

p. 315 **Social assistance reform can lead to better health for all**  
Gary Block

---

p. 318 **La réforme de l'aide sociale peut améliorer la santé de tous**  
Gary Block

---

**Chapter 6: Patient Financing of Healthcare (Should the Patient Pay?)**

---

p. 322 **Time to move beyond private vs. public debate and reform our healthcare system**  
Cy Frank

---

p. 325 **North American fads, fallacies and foolishness in healthcare reform**  
Theodore Marmor

p. 328 **Les modes, les illusions et les absurdités nord-américaines en matière de réforme des soins de santé**  
Theodore Marmor

---

p. 332 **Making patients pay won't make our health system more affordable**  
Raisa Deber and Noralou Roos

---

p. 335 **Canadians pay too much for generic drugs**  
Michael Law

---

p. 338 **Why, in a sea of pink, are so many cancer patients in the red?**  
Steve Morgan

---

p. 341 **Pourquoi, dans une mer de rose, tant de patientes atteintes de cancer se retrouvent-elles dans le rouge?**  
Steve Morgan

---

## **Chapter 7: Sustainability**

---

p. 345 **Time for Canada to improve our healthcare performance**  
Colleen Flood

---

p. 348 **Time for Ottawa to change course on healthcare**  
Allan Maslove

---

p. 351 **New training program for doctors improves care for patients with mental health concerns**  
Rivian Weinerman and Marcus Hollander

---

p. 354 **Un nouveau programme de formation des médecins permet une amélioration des soins en santé mentale**  
Rivian Weinerman et Marcus Hollander

---

p. 358 **Our healthcare system is affordable**  
Michael Rachlis

---

p. 361 **The case for a pan-Canadian health workforce observatory**  
Ivy Lynn Bourgeault and Morris L. Barer

---

p. 364 **Money for nothing: Accountability in the brave new age of medicare**  
Gregory Marchildon

---

p. 367 **Verser de l'argent sans demander des comptes**  
Gregory Marchildon

---

p. 370 **We need Umeaningful federal role in medicare**  
Allan Maslove

---

p. 373 **Accountability measures are the key to sustaining healthcare in Canada**  
John Millar

---

p. 376 **Des mesures de reddition de comptes s'avèrent essentielles au maintien des soins de santé au Canada**  
John Millar

---

p. 380 **Why other provinces may follow Ontario's lead in reducing physician fees**  
Mark Stabile

---

p. 383 **Pourquoi les autres provinces pourraient emboîter le pas à l'Ontario et réduire les honoraires payés aux médecins**  
Mark Stabile

---

p. 386 **Financement des soins de santé – Les faits plutôt que les idées reçues**  
François Béland et Philippe Couillard

---

## Chapter 8: Waiting for Care

---

p. 390 **What the rest of Canada can learn from BC: How offering doctor incentives improves health outcomes and may save the healthcare system**  
Marcus Hollander and Garey Mazowita

---

p. 393 **L'offre de primes d'encouragement aux médecins améliore les résultats cliniques et peut sauver le système de soins**  
Marcus Hollander et Garey Mazowita

---

p. 397 **Why we never seem to have enough hospital beds in Canada**  
Jason Sutherland and Trafford Crump

---

p. 400 **Pourquoi semble-t-il que nous n'ayons jamais assez de lits d'hôpitaux au Canada?**  
Jason Sutherland et Trafford Crump

---

p. 403 **Are Canada's Premiers serious about innovation in public healthcare?**  
Cy Frank

---

p. 406 **Les premiers ministres provinciaux oseront-ils innover en matière de santé?**  
Cy Frank

---

p. 410 **Alberta a leader in 'curing' wait times in the public health system**  
Cy Frank

---

p. 413 **Home and Community care services vary widely across the country**  
Kimberlyn McGrail and Linda Silas

---

p. 416

**Des différences importantes dans les services de soins communautaires et à domicile d'un bout à l'autre du pays**  
Kimberlyn McGrail and Linda Silas

---

## **Appendix A**

---

### **Recommended Reading**

---

### **About the Editors**

---

# Canadian Health Policy in the News

## *Why Evidence Matters*



NORALOU ROOS | SHARON MANSON SINGER | KATHLEEN O'GRADY

CAMILLA TAPP | SHANNON TURCZAK

---

# Copyright

1st edition with content up to October 31st, 2012

License to Republish: Our commentaries and videos are provided under the terms of a Creative Commons Attribution No-Derivatives license. This license allows for free redistribution, commercial and non-commercial, as long as it is passed along unchanged and in whole, with credit to the author and EvidenceNetwork.ca

EvidenceNetwork.ca supports the use of evidence when reporting on health and health policy in the mainstream media. Specific points of view represented here are the individual author's and not those of EvidenceNetwork.ca. Let us know how we're doing:  
[evidencenetwork@gmail.com](mailto:evidencenetwork@gmail.com)

Edited by: Noralou Roos, Sharon Manson Singer, Kathleen O'Grady, Camilla Tapp, Shannon Turcazzk

Cover photo and image provided with permission from the Artist and Photographer  
'A Room of Memory' 2009, 21st Century Museum of Contemporary Art, Kanazawa  
Installation by Chiharu Shiota  
Photo by Sunhi Mang

All other images were purchased through iStockphoto.com

Developed in Canada

ISBN 978-0-9916971-0-6

---

# Acknowledgements

**EvidenceNetwork.ca** has been established with grant funding from the **Canadian Institutes of Health Research** (Grant #: 200904PHE-205389) and the **Manitoba Health Research Council**, both of whom supported our first three years of development; these grants have recently been renewed for another three years. This book, and the many commentaries from health policy experts on which the book is based, could not have been possible without this support.

We also acknowledge support from the **University of Manitoba** which hosts our website, and the **Canadian Foundation for Healthcare Improvement** (formerly the Canadian Health Services Research Foundation), which helped with initial website development.

We are indebted to our **independent media advisory board**, made up of experienced journalists and journalist educators from across the country, who have provided important insight on how to get the latest health policy evidence into the mainstream media. Our goal remains, as it has from the start, to ground healthcare dialogue and debate – ever a Canadian past-time – in credible, balanced and timely evidence. They've helped to make that not only possible, but a reality.

We would also like to thank those who have helped to shape the project from the outset, particularly our grant **collaborators** whose expertise and support have been invaluable. Other important supporters and advisors in this project have included Gary Slywchuck of Troy Media Corporation, John Cruickshank, Publisher, *Toronto Star*, and Gerald Flood, Comment Editor, *Winnipeg Free Press*, the Atkinson Charitable Foundation and the Science Media Centre of Canada.

We would especially like to credit the generosity of intelligence and spirit of those many expert advisors of EvidenceNetwork.ca who have provided their commentaries on our website, and in this book, with a **Creative Commons** license. This means the evidence, communicated so well in each individual essay, can be re-used widely, free-of-charge, by other media outlets, websites, non-profit organizations, and academics for classroom use, so long as no changes are made and proper attribution is provided. Knowledge, freely given, is powerful indeed.

Finally, we would like to credit our journalist interns, Rebecca Cheung and Lindsay Jolivet, and Research Assistant, Eileen Boriskewich for their hard work, enthusiasm and for always bringing new ideas to the table.

---

# Introduction

## SECTION 1

# Canadian Health Policy in the News

## *Why Evidence Matters*

NORALOU ROOS, SHARON MANSON SINGER, KATHLEEN O'GRADY, CAMILLA TAPP, SHANNON TURCN5K



Debating the benefits and pitfalls of Canadian-style healthcare has been a national past-time since federally-funded medicare was first initiated in 1957 and made possible only by cross-partisan cooperation. That mixture of pride (a system born and bred in Canada) and dissatisfaction (a belief that we should be getting more value for money) has been a hallmark of medicare from its inception, and dissenters and defenders of the system loudly affirm their positions to this day.

This is a good thing. What some might mistake for complaining at the local coffee shop or partisan bickering in the House of Commons over differing visions of healthcare funding and delivery in this country, is, in fact, a healthy engagement in public policy. How we collectively decide to proceed along this path affects our individual health and the health of our nation – possibly for generations to come. It also impacts our fiscal bottom line: how much we spend on healthcare, with our limited tax dollars, necessarily influences how much we can spend on other social programs, such as education, old age pensions or affordable housing. These programs, in turn, significantly influence health outcomes for the population.

Debate, discussion and dialogue is the stuff of a healthy, thriving democracy. That is, of course, if it is grounded in evidence.

We currently have evidence on a myriad of health issues that could inform public opinion and affect public policy decision-making. Whether we should be adopting activity-based

funding models for hospital care or establishing more private-public institutions for health delivery; whether we should stick with a single-payer model for health services or whether we should move to a national pharmacare program. Maybe user fees make good sense or maybe we need to move away from acute care to preventative healthcare through new delivery models? All of these concepts have been studied and compared. We have data, metrics, qualitative and quantitative studies.

The problem is that evidence is often omitted from discussions of health reform. The media is full of 'health news' but that often takes the form of new discoveries, wonder drugs or the latest dieting and exercise trends. Health *policy* news, on the other hand, is often dominated by those with vested interests: politicians with elections to win; think tanks with ideologies to defend; insurance companies or pharmaceutical firms and other for-profit industries with shareholders to think of. It is sometimes hard to know which voices to heed even when reporters diligently report the details.

Let's face it: health policy news based in evidence is rarely sexy. It is often complicated, nuanced and contingent, not given to 20-second sound bites, 7-word headlines or even 140-character tweets. So we are too often left with a tired and stale debate that plays out in the media about private vs. public healthcare, with the usual parties defending the usual lines in the sand.

Debate without evidence is an empty exercise, and a potentially dangerous one with so much at stake for all of us.

That's where we come in. **The Evidence Network of Canadian Health Policy**, more commonly known as [EvidenceNetwork.ca](http://EvidenceNetwork.ca), is a non-partisan, independent and evolving web-based resource to make the latest evidence on controversial health policy issues available to the media. We link our network of more than 70 Canadian and international health policy experts with journalists to provide credible, balanced and evidence-based information on the latest health policy research. The goal, as we get ever closer to the expiration of the current Canada Health Accord in 2014, is to inform public discussion so that Canadians can continue our collective pastime – debating medicare – armed with both personal experience *and* the latest research about our health and social systems.

Of course, evidence alone doesn't mean the path to decision-making is clear. Evidence comes in varying shades and degrees of veracity and should not be treated equally.<sup>1</sup> As well, there are often a number of different solutions possible stemming from the *same* evidence. Evidence alone is not enough, but it's the necessary starting point.

What's worth noting about the robust œuvre of health policy evidence already available to us is that it relentlessly refuses to fall along party lines or into neat ideological categories. Health policy, like the human body itself, is complex,

interconnected, emerging and contingent upon many factors in the environment in which it exists.

Since April 2011, EvidenceNetwork.ca has sought to enrich the Canadian dialogue on health policy discussion by making such evidence available to decision-makers and the Canadian public through the mainstream media.<sup>2</sup> One avenue for doing this has been to submit commentaries (opinion-based essays, also known as OpEds) into our daily broadsheets.<sup>3</sup> During the last year and a half we have worked with our expert advisors to craft and submit more than 85 commentaries on a wide variety of health policy and related issues and had them published more than 300 times in the largest newspapers<sup>4</sup> across the country, and countless times in smaller print and online outlets.<sup>5</sup>

We have been equally proud to see our authors published in tiny rural newspapers in far-away corners of the country as the most prestigious broadsheets in the land. The goal was, and continues to be, to spread the evidence. Collected in this book is the fruit of that labour.

After our commentaries run their course in print, we make versions of them freely available on our website with a **Creative Commons license**. This means that anyone can download or print the OpEds and use them on their websites, in their publications or classrooms free of charge, so long as no changes are made and proper attribution is provided. This furthers our goal of passing along the evidence and enriching

the debate. (To read more details about how and why we adopted an ‘OpEd’ strategy, see the essay in [Appendix A](#)).

For the first time, we’ve collected this Creative Commons content together in an e-book format to make the information ever more widely available and accessible. The essays you’ll find here, in both English and French,<sup>6</sup> are organized by date published<sup>7</sup> and according to eight loosely overlapping categories: **Aging Population and Its Potential Impact** addresses concerns over healthcare strains associated with our graying population. Is there a silver tsunami about to bankrupt our healthcare system? Would reforms in chronic healthcare delivery better accommodate this population? Will changes to pension benefits mean more of our seniors will live in poverty? Authors tackle these issues with evidence, and the answers may surprise many readers.

**Healthcare Costs and Spending** addresses the increased costs for both out-of-pocket and public spending on health services in Canada. How are the numbers calculated (and spun by vested interests)? What’s going on to cause these increases? And what can we do about it? Authors follow the money and give us the goods in accessible language. **Private, For-Profit Solutions to Funding and Delivery** deals with the public vs. private debate: loaded words in the Canadian context. There can (and already exists) public and private roles in both the funding and delivery of healthcare. What is the best balance for Canadians? Who pays and who should pay for healthcare? Who should deliver healthcare? Authors explore models and

evidence from both inside the country and internationally to help forge the path forward.

In **More Care Is Not Always Better**, authors tackle the question: ‘What is the right amount of healthcare?’ It’s easy to assume that the real problem with the healthcare system is ‘not enough,’ but what does the evidence say? A growing number of studies show that more healthcare is not always better and the more expensive solutions are not always the best. In **Health is More Than Healthcare**, the authors sketch the relationship between various ‘social determinants’ of health, such as education, poverty and homelessness, and indicate that some of the most fruitful policy levers for improving public health lie outside of the domain of health services.

In **Patient Financing of Healthcare**, the essays address direct patient financing of healthcare delivery. Would this result in a more efficient and cost-effective healthcare system? Would user fees, for example, prevent overuse and bring in needed revenue? Or would they negatively impact those who may need the health system the most? **Sustainability** includes OpEds which address whether Canadians can afford the level of healthcare we expect at a cost which is acceptable to the public; and whether we are at risk of losing our publicly funded health system from a financial perspective. Finally, in **Waiting for Care**, the authors assess wait times and access to care. How bad are wait times, really? And what will it cost to improve the situation?

As the reader will soon learn, the essays collected together in this book generate as many questions as they answer. While the authors are careful to avoid ideology and prioritize evidence, they nevertheless have a perspective or viewpoint on the direction we should take within a specific aspect of health policy, evidence in hand. This is to be encouraged. We want our experts in the field to share their opinions with us. Our authors don’t always agree on the paths to be taken, but we lay these viewpoints alongside each other because they are informed views, based in evidence, and documented with research.

An evidence-informed viewpoint on health policy opens many possibilities. It is reminiscent of the magnificent installation artwork that adorns this book: **Chiharu Shiota’s** multi-paned house that draws light from overlapping windows. It is fractured, uneven and choppy – the contributions of several hands and minds – but somehow, it all comes together to make a functional, sparkling and organic whole, a luminescent cell-like entity full of possibility.

At EvidenceNetwork.ca, we will continue our work of providing health policy evidence through the mainstream media in a number of different ways, including further commentary writing, but also through participatory panels and workshops with media organizations, informed by independent experts from the media and our health policy academics working in partnership. We will also produce **video commentaries**, journalistic backgrounders and podcasts, as well as respond to traditional media interview requests. With

these tools, and more, we hope to continue to spread the evidence and bring more light, nuance and possibility to health policy debates.

Canadian health policy will always be emerging and unfolding, responding to changing environmental and economic factors, new technologies, publicly held values and differing political landscapes. We hope to be there to document these new realities, and equip the interested public with ideas that come from hard-earned research.

---

#### Endnotes

1. Schwitzer, G. *Covering Medical Research: A Guide for Reporting on Studies*. Association of Health Care Journalists. 2010. <http://healthjournalism.org/about-news-detail.php?id=105>. Accessed on October 30, 2012.
2. Johnson, T. *Dancing with the Media*. University Affairs. September 10, 2012. <http://www.universityaffairs.ca/dancing-with-the-media.aspx>. Accessed on October 30, 2012.
3. Marchildon GP, Verma J, Roos N. *Opinion Editorials: The science and art of combining evidence with opinion*. Journal of Evidence-Based Medicine. 2012. [http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/wp-content/uploads/2011/02/s\\_Evidence-Based-Medicine.pdf](http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/wp-content/uploads/2011/02/s_Evidence-Based-Medicine.pdf). Accessed on November 15th, 2012.
4. Some of the commentaries in this collection address issues related to population health concerns via the ‘social determinants of health’: issues around adequate pensions, housing affordability, homelessness, education and poverty, for example. Given the scope of OpEds, which permit a maximum size of approximately 750 words, we have not always made the connection to health status as evident as we might have in a longer format.
5. In this volume we highlight only a sample selection of two or three media outlets where the commentaries have been published. In many cases, the

commentaries have been reprinted multiple times in a wide variety of media outlets from coast to coast. For more details on our OpEd strategy, see: Roos N, O’Grady K, Manson Singer S, Turczak S, Tapp C. *Making evidence on health policy issues accessible to the media*. Healthcare Policy 2012;8(2):27-45.

6. Select essays were translated from English to French or French to English, where appropriate (when the content was relevant to audiences in other provinces), and when funds were available. Translated commentaries in this book that were not completed by the authors, were completed by Intersigne (Montréal, Québec).

7. Some of the commentaries included in this collection concern policies that may have been changed since the OpEd was published. We have included them in this collection just the same, since most of the facts, arguments and general issues remain.

# Aging Population and Its Potential Impact

## SECTION 1

# Seniors are not a threat to Canada's healthcare system

NORALOU ROOS AND NICHOLAS HIRST



We hear over and over again that Canada's aging population threatens the financial sustainability of its healthcare system. And there's no denying that Canada's population is getting older – in fact, the proportion of the population aged 65 and older will almost double during the next 20 years.

The assumption is based on several key facts: healthcare costs increase with age; an aging population increases demand for (potentially expensive) health services such as long-term care; income tends to decline as people get older, reducing the relative amount of available revenue from income tax; and finally from the simple fact that we are not making as many babies as we used to.

The number of children being born per 1,000 people dropped from 28 during the baby boom years to 11.2 in 2010. And fewer being born means fewer workers available to pay the income tax older Canadians rely on to meet healthcare costs.

### **1 Per cent Annual Cost Increase**

Still, will an aging population break the health system's bank? The answer may surprise you.

Research indicates that aging does not pose a major threat to the financial sustainability of Canada's healthcare system. In fact, recent projections estimate population aging will increase healthcare costs in Canada by about one per cent annually from 2010 to 2036.

How could this be? In part, it's a question of numbers. The aged are still only a relatively small part of the Canadian population: in 2006 only 13 per cent of Canadians were 65 years or older. If this 13 per cent had increased by 2 per cent that year, that would translate into a very small 0.3 per cent increase in the number of elderly relative to the total number of Canadians using health services.

Although the resulting 1 per cent increase in healthcare costs is still significant, it is somewhat offset by revenues the government receives. Seniors pay taxes on their pensions and on withdrawals of RRSPs. At the same time, as the overall population ages, some costs that government covers should fall slightly. There will be fewer people going to school and a reduced need for workers' compensation.

Of course, if Canada increases immigration and/or extends the retirement age, that, in turn will affect how fast the population as a whole ages and will provide increased tax revenues from a larger working population.

How much do healthcare costs increase as we get older? In 2009, provincial and territorial governments spent an average of \$18,906 per year on Canadians aged 80 and older, compared to \$2,398 on those between 15 and 65. But the relationship between these numbers has always been true. We have always been paying more for the healthcare costs of older people. It is only the increase in their numbers that we need to worry about. And that, as we have shown, is relatively small.

Is there a danger that we are underestimating the impact of the effects of an aging population? No. The aging of the population is not something new; the Canadian population has been aging for the past 40 years, providing good evidence on how much the trend has so far affected healthcare costs and which we can use to extrapolate the future.

In fact, there are other costs that are driving the increase in healthcare spending at least as much as the aging population.

Canadians are using more services — many of them only marginally effective — more often. We are getting more tests, more treatments, and more drugs, some of which may have a positive influence on health while others do very little but increase costs.

A recent study on cost increases in the British Columbia prescription drug plan showed that 90 per cent of the increase in provincial drug costs was driven by changes in the choice of drug and how many drugs were prescribed — only 10 per cent of the increase could be explained by an aging population. These are the issues that healthcare professionals and the public who pays for the system need to concentrate on.

A silver tsunami does not threaten the sustainability of the Canadian healthcare system. It increases costs, yes, but not by so much that it will overwhelm what Canadians can afford or what they are likely to be willing to pay for.

*Noralou Roos is Professor, Faculty of Medicine at the University of Manitoba and the co-founder of*

*EvidenceNetwork.ca. Nicholas Hirst is CEO of Original Pictures Inc.*

*A version of this commentary appeared in The Huffington Post, Windsor Star and the Epoch Times.*

**April 2011**

## SECTION 2

# Les personnes âgées ne constituent pas une menace pour le système de santé canadien

NORALOU ROOS ET NICHOLAS HIRST



Nous ne cessons d'entendre dire que la population vieillissante du Canada menace la viabilité financière de son système de santé. Et il ne fait aucun doute que la population du Canada vieillit. En fait, la portion de la population âgée de 65 ans et plus aura presque doublé au cours des 20 prochaines années.

Cette hypothèse repose sur plusieurs faits importants : les coûts des soins de santé augmentent avec l'âge; une population vieillissante accroît la demande de services de santé (potentiellement coûteux), tels que les soins de longue durée; les revenus tendent à décroître à mesure que les gens vieillissent, ce qui réduit le montant relatif des recettes tirées des impôts; et enfin, le simple fait que le taux de natalité n'est plus aussi élevé qu'auparavant. Le nombre de naissances pour 1 000 personnes a chuté et est passé de 28 à l'époque du baby-boom à 11,2 en 2010. Et moins de naissances signifient aussi moins de travailleurs disponibles pour payer les impôts sur lesquels comptent les aînés canadiens pour couvrir les coûts des soins de santé.

### **Une augmentation annuelle des coûts de l'ordre de 1 pour cent en raison du vieillissement**

Malgré cela, est-ce qu'une population vieillissante ruinera le système de santé? La réponse peut paraître surprenante.

Les travaux de recherche indiquent que le vieillissement ne constitue pas une menace importante pour la viabilité financière du système de santé canadien. En fait, des projections récentes estiment que le vieillissement de la

population entraînera une augmentation des coûts de l'ordre d'environ 1 pour cent annuellement de 2010 à 2036.

Comment est-ce possible? Il s'agit en partie d'une question de chiffres. Les aînés ne représentent encore qu'une petite portion de la population canadienne : en 2006, il n'y avait que 13 pour cent des Canadiens qui étaient âgés de 65 ans et plus. Si ce pourcentage avait augmenté de 2 pour cent cette année-là, cela équivaudrait à une très faible hausse de 0,3 pour cent du nombre de personnes âgées par rapport au nombre total de Canadiens utilisant les services de santé.

Bien que cette hausse de 1 pour cent dans les coûts des soins de santé soit quand même appréciable, elle est en partie compensée par les revenus que perçoit le gouvernement. Les personnes âgées paient des impôts sur leurs rentes et sur les fonds retirés de leur REER. En même temps, à mesure que l'ensemble de la population vieillit, certains coûts qu'assume le gouvernement devraient diminuer légèrement. Moins de gens fréquenteront l'école et moins de travailleurs recevront des indemnisations versées aux accidentés du travail. Bien sûr, si le Canada accueille plus d'immigrants ou repousse l'âge de la retraite, cela, en retour, aura une incidence sur la rapidité à laquelle l'ensemble de la population vieillit et permettra d'accroître les recettes fiscales perçues auprès d'un plus grand nombre de travailleurs.

De combien augmenteront les coûts des soins de santé à mesure que nous vieillissons? En 2009, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont dépensé en moyenne 18 906 \$

par année pour les Canadiens âgés de 80 ans et plus, comparativement à 2 398 \$ pour les personnes de 15 à 65 ans. Toutefois, la relation entre ces chiffres demeure vraie. Nous avons toujours payé davantage pour les soins de santé des personnes plus âgées. C'est uniquement la hausse de leurs coûts qui devrait nous inquiéter. Et celle-ci, comme nous l'avons démontré, est relativement petite.

Existe-t-il un risque que nous sous-estimions les incidences du vieillissement de la population? Non. Le vieillissement de la population n'est pas un phénomène nouveau; depuis les 40 dernières années, la population canadienne vieillit, ce qui a permis de recueillir des données probantes sur les incidences de cette tendance sur les coûts des soins de santé jusqu'à maintenant. Ces données nous permettront d'extrapoler sur ce que nous réserve l'avenir.

### **Les autres coûts : les principaux coupables**

En fait, il existe d'autres coûts qui contribuent à l'augmentation des dépenses en soins de santé autant que le vieillissement de la population. Les Canadiens utilisent davantage de services plus souvent, et ce, même si plusieurs d'entre eux se révèlent peu efficaces. Nous subissons plus de tests, recevons plus de traitements et consommons plus de médicaments, certains peuvent avoir une influence positive sur la santé tandis que les autres ne font rien d'autre qu'augmenter les coûts. Il s'agit là des enjeux dont les professionnels de la santé et le public qui finance le système doivent se préoccuper.

Le tsunami de têtes grises ne menace pas la viabilité du système de soins de santé canadien. Il augmente les coûts, c'est vrai, mais pas de façon à excéder ce que les Canadiens peuvent s'offrir ou ce qu'ils sont disposés à payer.

*Noralou Roos est professeure à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba et cofondatrice d'EvidenceNetwork.ca. Nicholas Hirst est chef de la direction d'Original Pictures inc.*

*Une version de ce commentaire est parue dans L'Aut'Journal.*

**avril 2011**

## SECTION 3

# Some ideas can be bad for your health

*Why some memes are bad for our healthcare system*

ALAN CASSELS



Feeling anxious that Canada's publicly funded healthcare system is soon to be crushed by the aging tsunami sweeping the nation?

Then take some comfort in knowing that your anxiety may not be due to your genes, but your memes. What's a meme, you say? British scientist Richard Dawkins defined it as a unit of cultural transmission, analogous to a gene. Genes transmit biological information, whereas memes are ideas that transmit cultural information. Malcolm Gladwell said that a meme "behaves like a virus that moves through a population, taking hold in each person it infects." Just as some people blame their ill health on bad genes, it's time we blame the poor health of some of our public institutions on bad memes.

Memes transmit current notions and ideas about healthcare and they can be highly communicable, spread pandemic-like, and infect quickly and broadly. They can also be extremely virulent and hard to subdue, even when patently false. They can be destructive by raising unnecessary panic and fear, and fuel irresponsible political responses.

"The aging of the population will destroy public healthcare" is a pernicious meme invoked by demographers, politicians, economic pundits, media columnists and others. Wielding stark demographics, they say baby boomers will soon launch a terrifying tsunami-like assault on our public healthcare system. Call it demographic demagoguery, but the implications are clear: prepare for disaster!

**Boomers are not to blame for rising health costs**

But before you go scurrying for higher ground, you'll want to know, is the 'greying tsunami' meme even true? The answer in a nutshell: not really. Statistically, healthcare spending has risen quite a lot in the last few decades, and the key culprits are general population growth (there are more of us), inflation (things cost more as time goes by), aging (as we get older we use more medical services) and utilization (we are all using more healthcare stuff, including drugs, doctor visits, screening and diagnostic tests, and hospitals).

The aging population might be causing healthcare costs to rise, but by how much? Independent researchers and economists conclude that about one per cent of the annual increase in healthcare spending is due to 'aging.' Which is to say if overall health spending grows at an annual rate of five per cent, about one-fifth of that is because more of us are getting old. In fact, numerous studies indicate that the aging of the population is too gradual to rank as a major cost driver in healthcare, that it's more a glacier than a tsunami. Others say the current generation of seniors is extraordinarily healthy, so it's difficult to predict how much they'll cost the health system in the future.

### **Real costs of rising healthcare: Drugs, screening tests, doctor visits**

While the aging population is contributing to increases in healthcare spending, increased utilization (more drugs, doctor visits, surgeries and diagnostic/screening tests) contributed about four times as much. Maybe the greying tsunami should

be rewritten as the 'tsunami of overmedicalization.' A BC study found that over the past 30 years population growth accounted for seven per cent of growth in healthcare spending, aging 14 per cent, inflation 19 per cent and increased utilization 59 per cent.

Earlier this year, my colleague Jaclyn Morrison and I conducted a search of two large media databases containing all of Canada's major daily newspapers to see how the phrase 'aging of the population' was being used. If the article focused on the growth in healthcare spending we asked: 'Did the article provide an alternative hypothesis to explain that growth?'

We discovered about half of the 132 articles we found mentioned the fact that more drugs, physicians, surgery, technology and specialized care was increasing healthcare costs. But the other half of the stories we found reinforced the "Aging Tsunami Meme" by not providing any alternative explanations for the growth in healthcare costs.

Our conclusion? Politicians, media spokespeople and columnists don't always lay sole blame on the elderly for the growth in health system costs, but many of them do. Those who do deserve a public scolding for transmitting and reinforcing a meme which could shape future health policy options and stifle true debate.

Canadians need an unbiased assessment of things as they are. There is much to do to improve the public healthcare system

in Canada, so why not immunize ourselves from bad memes so we can debate things with a correct assessment of the facts?

*Alan Cassels is a drug policy researcher at the University of Victoria and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Sun, Winnipeg Free Press and the Telegraph-Journal.*

**May 2011**

## SECTION 4

# Ne blâmons pas les baby-boomers

*Pourquoi certains mèmes sont nuisibles pour notre système de soins de santé*

ALAN CASSELS



Vous angoissez à l'idée que le système public de soins de santé canadien pourrait s'effondrer sous le déferlement du tsunami de personnes âgées qui bientôt balayera la nation?

Rassurez-vous, votre angoisse n'est pas liée à vos gènes, mais à vos mèmes. Mais qu'est-ce qu'un mème, demanderez-vous? Le scientifique britannique Richard Dawkins définit le mème comme une unité de transmission de la culture analogue au gène. Tandis que le gène transmet une information de nature biologique, le mème est une idée par laquelle est transmise une information de nature culturelle. Selon Malcolm Gladwell, le mème « se comporte comme un virus qui circule dans la population, prenant appui dans chaque personne qu'il contamine ». De la même façon que certaines personnes attribuent le mauvais état de leur santé à leurs mauvais gènes, il est maintenant temps d'attribuer le mauvais état de certaines de nos institutions publiques à de mauvais mèmes.

Véhiculant diverses notions et idées courantes à propos des soins de santé, les mèmes sont très facilement transmissibles et peuvent se propager comme une épidémie, c'est-à-dire contaminer de nombreuses personnes en peu de temps. Ils peuvent également être extrêmement virulents et difficiles à combattre, même lorsqu'ils sont de toute évidence faux. Ils peuvent enfin avoir un effet destructeur en provoquant une peur et une panique indues susceptibles d'entraîner des réactions politiques irresponsables.

« Le vieillissement de la population conduira le système public de santé à sa faillite » est un mème pernicieux souvent

évoqué par les démographes, les politiciens, les grands patrons de la finance, les chroniqueurs qui commentent l'actualité dans les médias et bien d'autres encore. Ne brandissant que les données démographiques pour appuyer leurs dires, ils affirment que les baby-boomers déclencheront un terrible tsunami qui s'abattra sur notre système public de soins de santé. Qu'il s'agisse de démagogie démographique ne change rien à l'affaire, leur message demeure très clair : il faut se préparer à une catastrophe!

### **Les baby-boomers ne sont pas responsables de l'augmentation des coûts en santé**

Mais avant de prendre ses jambes à son coup et de se précipiter dans un lieu surélevé, chacun voudra savoir si ce même d'un « tsunami grisonnant » appréhendé est porteur d'une quelconque vérité. En deux mots, la réponse est : pas vraiment. Selon les données statistiques, les dépenses en soins de santé ont passablement augmenté au cours des dernières décennies, mais les principaux responsables sont la croissance de la population en général (nous sommes de plus en plus), l'inflation (tout devient plus cher avec le temps), le vieillissement (avec l'âge nous utilisons davantage les services médicaux) et l'utilisation du système de santé (nous avons tous recours à plus de soins de santé que naguère, y compris des médicaments, des consultations médicales, des examens diagnostiques et de dépistage, et des services hospitaliers).

Il est donc possible que le vieillissement de la population puisse causer une augmentation des coûts en soins de santé,

mais dans quelle mesure? Des chercheurs et des économistes indépendants ayant abordé la question concluent dans leurs travaux que la part attribuable au « vieillissement » de la croissance annuelle des coûts en soins de santé est d'environ 1 %. Cela signifie que si les dépenses globales en santé augmentent à un rythme annuel de 5 %, environ un cinquième de cette hausse sera lié au fait que nous devenons collectivement de plus en plus vieux. De nombreuses études indiquent à ce titre que le vieillissement de la population est trop progressif pour être considéré comme un facteur important de croissance des coûts en santé; il ne s'agirait donc pas d'un tsunami déferlant, mais d'un glacier en fonte. D'autres études affirment par ailleurs que la génération actuelle d'aînés est extraordinairement en santé, et qu'il est par conséquent difficile de prévoir combien il en coûtera au système de santé pour la soigner dans les années à venir.

### **Les sources réelles de la hausse des coûts en santé : les médicaments, les examens de dépistage et les consultations médicales**

Le vieillissement de la population contribue certainement à hausser les dépenses en santé, mais y contribue environ quatre fois plus l'accroissement général de l'utilisation des soins de santé (augmentation des prescriptions de médicaments, des consultations médicales, des chirurgies ainsi que des examens diagnostiques et de dépistage). Peut-être faudrait-il parler d'un « raz-de-marée de surmédicalisation » plutôt que d'un « tsunami grisonnant ». Une étude britanno-colombienne a démontré que la hausse

des dépenses en santé au cours des 30 dernières années est attribuable à la croissance de la population dans une proportion de 7 %, au vieillissement dans une proportion de 14 %, à l'inflation dans une proportion de 19 % et à l'utilisation accrue des services dans une proportion de 59 %.

L'année dernière, ma collègue Jaclyn Morrison et moi avons effectué une recherche dans deux importantes bases de données contenant les publications de tous les grands quotidiens canadiens afin de voir comment l'expression « vieillissement de la population » y était utilisée. Lorsqu'un article portait sur la croissance des dépenses en santé, nous nous posions la question suivante : « L'article présente-t-il une autre hypothèse permettant d'expliquer la hausse des coûts? »

Des 132 articles relevés, près de la moitié mentionnait que la croissance des coûts était également liée à une augmentation des prescriptions de médicaments, des consultations de médecin, des chirurgies, des technologies et des soins spécialisés. En contrepartie, l'autre moitié des articles renforçait le même du « tsunami grisonnant » en ne fournissant aucune explication autre à la croissance des coûts des soins de santé.

Quelle conclusion en tirons-nous? Les politiciens, les porte-parole dans les médias et les chroniqueurs n'attribuent pas tous l'augmentation des coûts en santé aux seuls aînés, mais plusieurs le font, et ceux-ci mériteraient d'être réprimandés sur la place publique, parce qu'ils contribuent à répandre et à

renforcer un mème susceptible de façonne nos choix futurs en matière de politiques de santé ainsi que d'éclipser toute forme de débat véritable.

Pour le bien de la population canadienne, il est nécessaire d'évaluer la situation objectivement, c'est-à-dire telle qu'elle est. Il y a tant de choses à faire pour améliorer le système public de soins de santé au Canada. Pourquoi, dans ce cas, ne pas s'immuniser contre les mauvais mèmes afin de pouvoir débattre des questions importantes en se basant sur une évaluation valable des faits?

*Alan Cassels est chercheur dans le domaine des politiques sur les médicaments à l'Université de Victoria et œuvre à titre d'expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca.*

*Une version de ce commentaire est parue dans Le Devoir.*

**mai 2011**

## SECTION 5

# Expanding CPP easier said than done

ROBERT BROWN



Had I suggested just 15 years ago that we should expand the Canada Pension Plan to provide larger benefits on a broader range of wages, I would have been laughed out of town.

Prior to 1998, the CPP was seen as leaning against death's door. Young Canadians were told to expect no benefits from the CPP when they retired.

But because of the significant reforms of 1998, CPP is now healthy for as far as the eye cannot see (the same is not true for the QPP, but that's another story). It is so healthy, in fact, that many observers are suggesting it should be expanded to provide larger benefits.

This could be done in two ways (or a combination thereof). Currently Canadians contribute 9.9 per cent of wages (split between the worker and the employer) to the CPP. In 2001, the rate applied to wages over \$3,500 and up to \$48,300 — the 'year's maximum pensionable earnings.'

Benefits accrue at the rate of 25 per cent of the adjusted (indexed to the average wage) average of recorded employment earnings over roughly a 40-year period of time.

So, one way to expand the CPP would be to raise the 25 per cent benefit rate. Another would be to raise the year's maximum pensionable earnings (the YMPE). Or both.

Sounds pretty straightforward. But it isn't.

Prior to 1996, the contributions Canadians made to the CPP were not large enough to cover the benefits being accrued. In

fact, out of today's 9.9 per cent contribution rate, a full four per cent goes to covering past legacy costs (the previous unfunded liability).

Thus, it would be possible, if we started a fully funded CPP today, to do so at a contribution rate of about 5.9 per cent.

If, however, we wish to expand the 25 per cent benefit rate only for retirement benefits, and we do not increase any of the ancillary benefits (orphan's, disability, death, etc.) we could fund a new benefit tier with a contribution rate of no more than five per cent of benefit accruals.

This sounds good at first glance, but, in fact, it creates a series of complications. For example, let's say we wish to move from a 25 per cent benefit rate to 50 per cent. This would require a 14.9 per cent contribution up to the YMPE. Double the benefits for 50 per cent more cost. Sounds good.

But think about poorer workers. Having paid a 14.9 per cent contribution rate over 40 years, they will now receive a 50 per cent CPP benefit when they retire. But this is immediately deducted from their guaranteed income supplement at a clawback rate of 50 per cent and, depending on their province of residency, they could lose another 50 per cent from their provincial benefits (e.g., Ontario Gains) for a total 100 per cent clawback.

That means a 50 per cent increase in contributions but no net gain in disposable income from government sources. How many workers would vote for that?

To avoid the impact of the GIS clawback, we could exempt a portion of employment earnings (say up to \$30,000 a year) from contributions and benefit accrual. Or, maybe we should leave the benefit ratio at 25 per cent but increase the YMPE.

Again, the value of the ancillary benefits is important to this analysis. If, as assumed above, we don't increase ancillary benefits at all, and accepting the current CPP funding formula, then the required contributions would be 9.9 per cent up to the YMPE and five per cent above it.

Again, what politician would want to try to win votes with a new system in which poorer workers have a 9.9 per cent contribution rate for their first tier benefits and higher-income workers only pay five per cent for their second tier of benefits?

A hard sell.

Finally, under any proposal that uses an expanded CPP, the new benefits will not be fully available for 40 years. Until then, only a fraction would accrue.

At the end of the day, it takes at least seven provinces with at least two-thirds of the Canadian population to amend the CPP. This includes Quebec. This is not an easy task, as can be seen today.

To date, the provinces have not seen a proposal for an increased CPP that meets with their approval.

Once one understands the issues more fully, one can see why.

*Rob Brown was Professor of Actuarial Science at the University of Waterloo for 39 years and past President of the Canadian Institute of Actuaries. He is currently an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Winnipeg Free Press, Huffington Post and the New Brunswick Telegraph-Journal.*

**June 2011**

## SECTION 6

# Pension plans: Why all the fuss?

## *Defined Benefit versus Defined Contribution Pension Plans*

ROBERT BROWN



Even an actuary like me knows that starting a discussion about pension plans at a social gathering is a conversation ender. And yet, recently two of Canada's largest unions (Air Canada and Canada Post) were on strike to save their Defined Benefit pension plans against the wishes of the employer to switch new employees to Defined Contribution plans.

What are these plans all about and why all the fuss?

As the name implies, a Defined Benefit pension plan promises to pay you a Defined Benefit when you retire. This can be a flat benefit plan (e.g., you get a pension that pays you \$1000 a year in retirement for every year of employment — if you have 30 years of service you get \$30,000 a year). Or it can pay out a percentage of your salary just prior to retirement (e.g., you get a pension that pays you 1.5 per cent of your final average pay for every year of employment — if you have 30 years of service, you get 45 per cent of your final average pay). So, in a Defined Benefit plan, you know what annual benefit you will receive in retirement and, thus, you have a very good idea of how much more you need to save on your own to be fully secure.

The funding risks of a Defined Benefit plan are carried by the employer (although in the long term, higher pension costs could force wages down). And the present environment packs a triple whammy of bad news for these employers. First, interest rates are very low. So the value today of retirement income to be paid many years in the future is not as significantly discounted (e.g., at four per cent versus eight per

cent). Second, because of the financial crisis of 2008/09 and the mediocre recovery, pension plan assets are worth less than they were expected to be and pension plans are in the hole — i.e., they owe more money to their employees than they have in the plan (Air Canada has a \$2.1B deficit and \$3.2B for Canada Post). Third, people are living longer and this means they collect pensions longer and company costs go up. Adding to the concerns is the ratio of retirees to active workers that is now about one to one in both Air Canada and Canada Post. This matters because the cash flow needed to pay benefits must come from worker contributions and investment returns. With the growing ratio of retirees to workers, the plan becomes more dependent on investment returns that are low today.

In these Defined Benefit plans, the worker has a defined benefit and increased costs are the responsibility of the employer. This is bad news today. Of course, if the economy improves and investment rates are up, good times for the employer could return.

The opposite is true for Defined Contribution plans. Again, as the name implies, in a Defined Contribution pension plan, it is the contribution that is defined with no commitment to how much will be paid out in retirement. For example, the plan may provide that the employer will contribute \$1 to the pension plan per hour of work. Or it could state that the employer will contribute five per cent of an individual's pay into the plan. However, once the employer makes the contribution that is the end of the employer's responsibility. If

the stock market crashes or interest rates on investments are low, the worker will have a lower asset pool at retirement and, thus, lower income post retirement. Thus, the worker has no idea until very close to retirement what income to expect and how much more to save on their own. Just imagine the difference between retiring in 2007 versus 2009.

It is further true that even if investments work out as hoped for, the new Defined Contribution pension plans being offered by Air Canada and Canada Post should not be expected to result in benefits as large as the Defined Benefit plans they want to close. For the level of benefits now promised to Air Canada and Canada Post workers, employer contributions in excess of 10 per cent of pay would be expected in today's climate. One would not anticipate the new Defined Contribution plans being that rich.

So, the benefits being negotiated are important and real. Management will continue to attempt to pass the pension risks over to the workers by using Defined Contribution plans and workers will work equally hard to retain their Defined Benefits.

That's the reason for all the fuss.

*Rob Brown was Professor of Actuarial Science at the University of Waterloo for 39 years and past President of the Canadian Institute of Actuaries. He is currently an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail*, *Winnipeg Free Press* and *Montreal Gazette*.*

**June 2011**

# Pension pools: The way to go?

*Pooled plans are an attractive option*

ROBERT BROWN



Canadians have had a number of suggestions for pension reform placed before them in recent months, including proposals to expand the Canada Pension Plan (CPP).

But another possible model seems to be gaining traction with the federal government. This proposal is referred to as Pooled Registered Pension Plans. These plans are a good idea for a number of reasons.

How would this work? In essence, the government would approve the creation of some very large asset pools or funds. Anyone could join one of these asset pools: small to medium sized employers, individuals, the self-employed, creating what is called a co-mingled fund. The assets would then be managed as a large pension plan would be. These asset pools would be very large, expected to exceed \$10 billion.

Many advantages come from having a large asset pool. Administration and management costs are lower, and there are investment opportunities outside the stock market that exist for large funds that smaller funds can't make. (For example, the Canadian Pension Plan Investment Board owns toll roads and water utilities).

If these plans are designed optimally, they will also manage the payment of retirement income to each participant. This means that individuals will not have to bear the risk of managing their own 'draw down' of income (turning their retirement asset into monthly income), nor will they have to bear the high cost of friction in the insurance mechanism (agents' commissions, administration costs and investment

management fees) if they chose to buy an individual life annuity.

Further, a large commingled fund has the advantage of pooling the mortality risk resulting in a more accurate estimation of the group's average life expectancy. Clearly, one can calculate the average life expectancy for 10,000 individuals more accurately than that of any given individual in the group.

Data tell us that large funds (in excess of \$10 billion) can be managed for fees as low as 0.28 per cent while Individual RRSP Mutual Fund accounts often have fees in excess of 3.00 per cent. This is important. Fees of 3.0 per cent per annum will wipe out half of your retirement assets over a 35 year accumulation period. Or looking at it another way, in a world where interest rates are five per cent and inflation is two per cent, paying three per cent in investment fees means that you have effectively no real growth in your pension fund at all. You are just standing still.

Pooled Retirement Pension Plan assets could be managed by the private sector or by an arms-length government-sponsored investment board similar to the Canada Pension Plan Investment Board (CPPIB). Note that while the investment board might be government sponsored, it should not be government controlled or even government influenced (again, like the CPPIB). Whether the management of the funds is public or private is not as important as requiring (by

legislation or regulation) very low total management expense fees — lower than 0.35 per cent.

It would also be possible for the government to transfer 'orphaned' pension benefits to these pooled funds (e.g., all the pensioners in Nortel after Nortel's bankruptcy). As stated, anyone could join a Pooled Registered Pension Plan. In fact, an individual could place his/her RRSP and TFSA Accounts in one of these pooled funds.

The essential element of Pooled Retirement Pension Plans is the commingling of individuals' and pension plan assets into very large funds, \$10B or more, resulting in very low management fees, plus the advantage of commingling of the life expectancy risk.

If legislated and regulated prudently, these new Pooled Retirement Pension Plans could be a big step towards designing the retirement income security systems required for Canadians for the 21<sup>st</sup> century. And, this is very important given the continued decline of Defined Benefit pension plan coverage in the workplace. Only about 38 per cent of workers are covered by a Defined Benefit pension plan and, in the private sector, coverage is below 25 per cent.

Pooled Retirement Pension Plans are a good idea; one clearly worthy of pursuing. It is now time for the federal and provincial governments to pass legislation to allow for their existence.

*Rob Brown was Professor of Actuarial Science at the University of Waterloo for 39 years and past President of the Canadian Institute of Actuaries. He is currently an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post and the Hill Times.*

**September 2011**

## SECTION 8

# We can sustain our healthcare system

*Here's how*

NEENA CHAPPELL AND MARCUS HOLLANDER



There have been a number of Canadian reports recently which paint a gloomy picture of the future sustainability of the Canadian healthcare system. The reports all go something like this: health costs are inexorably rising and caring for a growing elderly population may eventually bankrupt our healthcare system.

We clearly have choices to make. Past choices got us into our current predicament. But better choices, more sophisticated analyses, and political will, can also get us out of it.

In order to progress, we need to revisit and challenge strongly held but erroneous assumptions about the Canadian health system. Contrary to current beliefs, the growing percentage of provincial budgets consumed by healthcare is not a reflection of a national healthcare crisis.

You may be surprised to learn that there have only been modest increases in the percentage of GDP consumed by healthcare in Canada (a move from 10.0 per cent in 1992 to 10.5 per cent in 2007, before the 2008 financial crisis which negatively affected GDP growth). No crisis is reflected in the national numbers.

One can think of healthcare as a percentage of GDP in two ways. The first is as a cost problem in regard to healthcare. The second is as a challenge to government and the private sector to increase the rate of GDP growth through a growing economy.

A second erroneous assumption is that a growing seniors population will bankrupt the healthcare system. This argument has now been widely debunked by the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) and the Health Council of Canada, among others, who all emphasize that the aging population will add less than one per cent per year to healthcare costs — a manageable increase.

So what's actually causing the increases in our health spending? Evidence shows that the cost drivers are high technology, increased service utilization across all ages, and wage increases.

Given political will, these factors are all amenable to policy and administrative interventions. They are not driven by uncontrollable external factors such as population growth. The challenge we face now is one of good policy and management going forward, rather than one of uncontrollable cost increases due to demographics.

### **Integrated systems of care save money and deliver better care**

With good policy it is possible to both provide better care, and reduce costs. This can be done, for example, by developing better, integrated systems of care delivery for older adults and people with disabilities.

There is now ample evidence to indicate that, for people with similar care needs, homecare costs less than residential care, and is often more appropriate to the needs of the patient.

However, actual cost savings can only be obtained in integrated systems of care which enable trade-offs between lower cost homecare services and more costly long-term care facilities. We currently have strong, made in Canada, integrated models which could be adopted widely.

Over a 10 year period from the mid-1980s to the mid 1990s, British Columbia had an integrated system which allowed it to restrain the growth of long-term care beds and invest new money into homecare resulting, after 10 years, in estimated annual cost avoidance of some \$150 million. Recent academic papers, the CHSRF and the Special Senate Committee on Aging have all called for the adoption of integrated systems of care delivery for older adults.

Most of our current policies put a primary focus on short-term, hospital replacement homecare, when, in large part, it is often non-professional supportive care which allows people to continue to function independently.

While short-term homecare gets people out of the hospital front door more quickly, the back door remains wide open. Some community living seniors end up back at the hospital because they can no longer cope after their home support services have been cut. This can increase overall costs.

This is not a theoretical point. A British Columbia study found that people who had been evaluated by nurse assessors as needing homemaking services due to their frailty, and whose homecare was discontinued, cost the system considerably more, three years later, than people in similar communities

with similar conditions who had been able to maintain a modest level of home support services over the same period of time.

Integrated care models can save money and provide better, and more appropriate, care.

While there are clear cost pressures on our health system, the current gloom about its demise and lack of sustainability is premature. There is clear evidence of the potential for cost-effective alternative approaches which allow for significantly enhanced value for money in our healthcare system.

Let us at least try to get it right and then see if the dire predictions of the end of Medicare are still appropriate. We need to move from a discourse where we always ask for more money for healthcare to one about how we can improve the value of what we get for the money we already spend.

*Neena Chappell is a Professor in the Centre on Aging and the Department of Sociology at the University of Victoria. She holds a Canada Research Chair in Social Gerontology, is the President of the Canadian Association of Gerontology and is the president-elect of Academy II (social sciences) of the Royal Society of Canada.*

*Marcus J. Hollander is a national health services and policy researcher. Both Neena and Marcus are expert advisors for EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Hill Times, Calgary Herald and the Halifax Chronicle Herald.*

**November 2011**

## SECTION 9

# Nous pouvons maintenir notre système de soins de santé : voici comment

NEENA CHAPPELL ET MARCUS HOLLANDER



De nombreux rapports produits récemment au Canada dressent un sombre portrait de la viabilité future du système de soins de santé canadien. Ces rapports décrivent tous la situation à peu près dans ces termes : l'augmentation des coûts en santé est inexorable et l'accroissement des soins causé par le vieillissement de la population pourrait entraîner une faillite de notre système de santé.

Nous sommes clairement devant la nécessité de faire des choix. Ceux que nous avons faits dans le passé sont à l'origine de la situation difficile actuelle, mais il demeure possible de surmonter celle-ci avec de meilleurs choix, des analyses plus approfondies et une volonté politique véritable.

Afin de progresser dans ce sens, nous devons revoir et contester certaines hypothèses erronées, mais profondément ancrées, concernant le système de soins de santé canadien. Contrairement à ce que nombre de personnes croient actuellement, la croissance de la proportion du budget des provinces consacrée aux soins de santé n'est en rien le reflet d'une crise nationale touchant les soins de santé.

Vous serez peut-être surpris d'apprendre que le pourcentage du PIB consacré aux soins de santé au Canada ne s'est accru que de façon modeste (il est passé de 10,0 % en 1992 à 10,5 % en 2007, avant la crise financière de 2008 qui a eu un effet négatif sur la croissance du PIB). Aucune crise n'est donc perceptible dans les données nationales.

Il est possible de comprendre l'augmentation du pourcentage du PIB que représentent les soins de santé de deux façons. On

peut premièrement l'envisager comme un problème de coût concernant les soins de santé. On peut deuxièmement y voir une difficulté pour le gouvernement et le secteur privé d'augmenter le taux de croissance du PIB en faisant croître l'économie.

Une deuxième hypothèse erronée consiste en l'idée que l'accroissement du nombre de personnes âgées entraînera une faillite du système de soins de santé. Cet argument a été largement réfuté, entre autres par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et le Conseil canadien de la santé, qui ont tous deux souligné que le vieillissement de la population se traduira par une hausse annuelle de moins d'un pour cent du coût des soins de santé, ce qui demeure gérable.

Mais qu'est-ce qui dans les faits provoque l'augmentation des dépenses en santé? Selon les données, les principaux facteurs d'accroissement des coûts sont les hautes technologies, une utilisation accrue des services au sein de toutes les tranches d'âge et les hausses de salaire.

Avec de la volonté politique, ces trois facteurs peuvent être contrôlés au moyen de politiques ou d'interventions administratives. Il ne s'agit en effet pas de facteurs externes sur lesquels on ne peut avoir aucune prise, comme l'accroissement de la population. Le problème auquel nous sommes confrontés est donc celui de trouver de meilleures pratiques de gestion et des politiques plus efficaces, et non

une augmentation incontrôlée des coûts due à l'évolution de la situation démographique.

### **Des économies et de meilleurs soins grâce à des systèmes intégrés de soins de santé**

Il est possible d'offrir de meilleurs soins et de réduire les coûts en adoptant de meilleures politiques. On peut par exemple y arriver en mettant en place des systèmes plus intégrés et efficaces de prestation des soins aux aînés et aux personnes handicapées.

Nous disposons à ce jour de nombreuses données indiquant que, pour des personnes ayant des besoins similaires, les soins à domicile sont moins coûteux que les soins en établissement, en plus d'être généralement plus adaptés aux besoins du patient. Toutefois, nous arriverons à faire de véritables économies seulement si nous adoptons des systèmes de soins intégrés qui se veulent un compromis entre les services de soins à domicile, peu coûteux, et ceux des centres de soins de longue durée, qui sont plus onéreux. À ce titre, il existe actuellement au Canada d'excellents modèles de soins intégrés qui pourraient être adoptés à grande échelle.

Durant la décennie s'étendant du milieu des années 1980 au milieu des années 1990, la Colombie-Britannique a mis sur pied un système intégré qui a permis de restreindre la croissance du nombre des lits de soins de longue durée et d'investir de nouvelles sommes dans les soins à domicile, ce qui a donné lieu à une économie annuelle des coûts prévus d'environ 150 millions de dollars. Également, des articles

récents de chercheurs universitaires, la FCRSS et le Comité spécial d'enquête sur la gérontologie ont tous réclamé l'adoption de systèmes intégrés de prestation des soins aux aînés.

La plupart de nos politiques actuelles mettent principalement l'accent sur les soins à domicile de courte durée destinés à remplacer les soins hospitaliers, tandis que ce sont en grande partie les soins de soutien non professionnels qui généralement permettent aux patients de conserver leur autonomie.

Bien qu'ils rendent possible un départ plus rapide de l'hôpital par la porte d'en avant, les soins à domicile de courte durée n'offrent aucune garantie que les patients ne devront pas y revenir par la porte d'en arrière. Certains aînés vivant dans leur maison ou leur appartement finissent en effet par retourner à l'hôpital parce qu'ils cessent d'être en mesure de s'occuper d'eux-mêmes lorsque prennent fin les services de soutien à domicile qui leur étaient offerts. Ces retours à l'hôpital peuvent entraîner une augmentation du coût global des soins.

Il ne s'agit pas d'un argument théorique. Une étude de la Colombie-Britannique a démontré que les personnes ayant besoin, selon l'évaluation d'une infirmière, d'aide à domicile en raison d'un état de santé fragile, et pour qui cette aide a été interrompue, coûtent beaucoup plus cher au système de santé après trois ans que les personnes vivant dans un milieu similaire, ayant un état de santé comparable et ayant pu

conserver un niveau modeste de services de soutien à domicile durant la même période.

Les modèles de soins intégrés permettent d'économiser de l'argent et d'offrir des soins meilleurs et mieux adaptés.

Les coûts exercent une pression évidente sur notre système de santé, mais il est encore trop tôt pour se laisser décourager par la perspective d'un effondrement de ce système et de sa viabilité. Les données indiquent clairement qu'il est possible de trouver des solutions de rechange peu coûteuses permettant d'optimiser considérablement les ressources de notre système de soins de santé.

Donnons-nous au moins le temps d'essayer de rétablir la situation, et ensuite seulement nous verrons si les sombres prévisions annonçant la fin de notre régime d'assurance-maladie sont toujours valables. Il est impératif que nous passions d'un discours selon lequel il faut toujours plus d'argent pour les soins de santé à un discours axé sur la recherche de meilleures façons d'optimiser les ressources que nous consacrons déjà au système de santé.

*Neena Chappell est professeure au Centre du vieillissement et au département de sociologie de l'Université de Victoria. Elle est titulaire de la Chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale, présidente de l'Association canadienne de gérontologie et présidente désignée de l'Académie II (Sciences sociales) de la Société royale du Canada.*

*Marcus J. Hollander est un chercheur en politiques et services de soins de santé à l'échelle nationale. Neena et Marcus œuvrent tous deux à titre d'experts-conseils auprès d'EvidenceNetwork.ca.*

**novembre 2011**

# Lies, damn lies and statistics

*Old Age Security reform is worth discussion, but we'd better base it in evidence first*

ROBERT BROWN



The debate around raising the age of eligibility for Old Age Security (OAS) has only just begun and already we are up to our necks in misleading information. Unfortunately, some commentators have decided to use statistics the way a drunk uses a lamppost — more for support than illumination.

Recent examples from well-known and highly respected commentators (who should know better) have made some alarming claims. For example, that the percentage of the population collecting a pension will double over the next 20 years; or that the ratio of workers to retirees is headed to a two to one ratio; or that the OAS will triple in cost from \$36 billion to \$108-billion by 2030; and that there's an \$800 billion underfunded liability in our Canada Pension Plan (CPP), along with the Quebec Pension Plan (QPP)

While all of these statistics are accurate, they are so horribly out of context as to be useless or even harmful in pushing knowledge forward. No wonder the public is alarmed. But let's look at the facts.

The \$800 billion unfunded liability in the C/QPP is based on evaluating these programs in the same manner as a private sector pension plan. There is a \$800 billion promise that is not pre-funded, because, unlike General Motors or Air Canada, we do not expect the Canadian government to go into bankruptcy and close their doors at any time. Thus, it is far more accurate to evaluate the C/QPP on the assumptions that there will be future contributors and future contributions.

When that is done, there is effectively no unfunded liability in these systems.

This has been supported with every Actuarial Report of the CPP since its revision in 1996. These reports show clearly that the CPP is sustainable for the next 75 years at the current 9.9 per cent contribution rate. Similarly, the QPP is sustainable for 75 years at a contribution rate of 10.8 per cent.

It is also true that the dollar, nominal, cost of OAS will rise from \$36B today to \$108B in 2030. But in that period of time, we expect the economy to grow. The question is not how many dollars OAS will cost, it is whether or not that cost is sustainable.

There are many features of the OAS program, including the Guaranteed Income Supplement (GIS), that limit the real rise in costs. OAS benefits are taxable income so many of the benefit dollars paid out go right back to Ottawa. Both OAS and GIS have claw backs which mean that wealthy Canadians get absolutely no benefits out of either program.

Further, OAS benefits rise with the Consumer Price Index not wage growth. And it is fair to assume that the economy and wages will grow faster than the cost of living. On that assumption, OAS costs which are 2.3 per cent of GDP today will rise to 3.1 per cent by 2030. And by 2050, as the baby boom dies off, that cost will be 2.7 per cent of GDP.

Is it sustainable?

That's for others to decide, but we need to understand that the rise in OAS costs will require an additional 0.73 per cent of GDP, not a tripling in the effective cost as the rise from \$36B to \$108B given is meant to have you conclude.

Finally, should Canadian workers have to work until age 67? Is that good public policy?

Clearly, we need to do something about the rapidly rising dependency ratios as we head to the date where some projections indicate that if nothing is done there might only be two workers for each retiree. But the reality is that the average Canadian worker today retires at age 62, not at age 65. There is strong research that shows that if we could induce every worker to stay in the labour force until age 65 (65 not 67) that these dependency ratio issues would evaporate.

So, working to age 67 is not necessary and may not be good public policy.

Raising the average retirement age is good public policy and raising the eligibility age for OAS is worthy of public debate. But, this debate should be based on relevant and meaningful facts not misleading impressions.

*Rob Brown was Professor of Actuarial Science at the University of Waterloo for 39 years and past President of the Canadian Institute of Actuaries. He is currently an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in The Hill Times  
and Toronto Star.*

**February 2012**

## SECTION 11

# Let's debate OAS based on fact, not perception

ROBERT BROWN



Faced with an aging population that he claims poses a threat to our social programs, Stephen Harper says that we need to make Canada's retirement-income system sustainable. He hinted that part of the solution might be to raise the age of entitlement for Old Age Security benefits (OAS), from today's 65 upward to 67.

The government has since softened on this point, and assured Canadians that any reforms put in place will ensure the security of retirement benefits for existing seniors and future generations, but the idea of pension reform still looms.

Certainly, the sustainability of the OAS and C/QPP are worthy goals and worth a public discussion and debate as how to achieve this sustainability. But such a debate should be based in fact not perception.

For example, we are told that OAS will cost Canadians \$108B in 2030 up from \$36.5B today. While both figures are correct, they are meaningless on their own. What we need to know is whether or not such costs are affordable in a growing Canadian economy. Is the system unsustainable?

Thankfully, the answer to this question already exists. The Chief Actuary of the OAS system reports regularly (and publicly) on the financial health of the system. His last published Report was the eighth Actuarial Report published in 2008. In that Report, he confirms that the cost of OAS (including GIS) would rise to \$108B in 2030 consistent with Prime Minister Harper's statistics. He also points out that while in 2007, there were 4.7 Canadians aged 20 to 64 per

individual aged 65+, that that ratio would fall to 2.4 in 2030 or almost exactly in half.

But there are other attributes that need to be remembered. First, OAS is taxable income so a lot of the monies paid out go straight back to Ottawa. Second, the OAS is further clawed back depending on your income. If your own income exceeds \$67,668 then you lose your OAS at a 15 per cent claw back rate. If you have income of \$110,123 or more, you get no OAS at all. For the GIS, the claw back rate is 50 per cent starting at \$3500 so that if you have income in your own right of \$16,230 (other than the OAS), you get no GIS at all. Finally, OAS/GIS costs rise with CPI whereas tax revenues rise with the growth in GDP. Normally, the latter rises faster than the former.

So, do Canadians need to worry about the sustainability of OAS? Not according to the Chief Actuary.

Based on the assumption that the cost of living would rise 2.5 per cent per annum and that earnings would rise at 3.8 per cent per annum (i.e., real wage growth of 1.3 per cent per annum), the Chief Actuary projected that the cost of OAS as a percentage of GDP would be 2.2 per cent in 2007; it would then peak at 3.1 per cent in 2030 and then fall (as the baby boomers die off) to 2.7 per cent in 2050. He further points out that if these assumptions prove to be true, each generation of retirees will receive an OAS benefit that will be a smaller ratio of their final pay (the replacement ratio) than the generations before.

One needs to ask then if this indicates that the OAS system is unsustainable. Are we facing a demographic avalanche or a glacier?

Secondly, raising the eligibility age for OAS is regressive legislation. It is well known that wealthy Canadians live longer than poorer Canadians. Look at a blue-collar worker with less than high school education who retires at age 65. That person's life expectancy could easily be around 10 years. If you raise the age of eligibility for OAS from 65 to 67, you remove 20 per cent of that person's expected benefits. A wealthy Canadian, on the other hand, could just as easily be looking at a life expectancy of 20 years. Thus, moving this person's age of eligibility up by the same two years is a 10 per cent reduction in their benefits.

Thus, we see that two key questions need to be addressed in the upcoming debate. First, is raising the age of eligibility for OAS really necessary or is the system sustainable as is?

Second, how does one justify a public policy shift that is so clearly regressive in its impact?

Let the fact-based debate begin.

*Rob Brown was Professor of Actuarial Science at the University of Waterloo for 39 years and past President of the Canadian Institute of Actuaries. He is currently an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the *Globe and Mail* and the *Toronto Star*.*

**February 2012**

# Why Canada needs to expand its public pension system

Changes in OAS would affect women and low income seniors most

MICHAEL WOLFSON



The Prime Minister's recent musings in Davos about raising the age of entitlement for Old Age Security (OAS) from 65 to 67 start an appropriate discussion — but are too simplistic.

In fact, the idea of raising the age of eligibility for public pensions in Canada is not new. It was proposed to the Trudeau government in 1977 by the federal Task Force on Retirement Income Policy. They advised a lead time of at least 20 years before any changes should occur, and suggested change should take place very gradually, as has been occurring in the U.S.

So why single out the OAS? The Prime Minister has said that we need to ensure OAS remains fiscally sustainable for the longer term, while the Canada (and Quebec) Pension Plans (C/QPP) are fine. But this claim, and most of the media coverage that followed, has ignored the Chief Actuary's reports to Parliament, which shows that OAS disproportionately supports women, especially widows, since unlike C/QPP, OAS does not depend on prior earnings.

OAS is also more important for poorer seniors than C/QPP, especially through the Guaranteed Income Supplement (GIS) which benefits those with lower incomes.

The government's musings have not yet been clear on GIS, but if the age for GIS were also raised to 67, it would really hit those with low incomes hard. It could also shift hundreds of millions in costs to provincial governments given that low income seniors who could no longer rely on GIS until a later age might have to go on provincially-funded Social Assistance.

In truth, the issue of fiscal sustainability for OAS should not have emerged at all.

OAS expenditures are one of the easiest of major government expenditures to project, and they are regularly tabled in Parliament. If OAS costs are now an issue, then what was the government thinking when they introduced Tax Free Savings Accounts (TFSAs) in 2009? Income from TFSAs is exempt from income tax, and by the same rules, this source of income does not reduce GIS benefits.

The Chief Actuary in his June 2011 report to parliament estimated that TFSAs will eventually increase OAS/GIS costs by \$4.2 billion per year — not because seniors will have more income, but simply because less of their income will be counted in determining GIS eligibility.

And why is the Prime Minister worrying about the fiscal sustainability of OAS, when his Minister of Finance has been saying all along that the real issue is that Canadians are not saving enough for their retirement? Nothing is more efficient and cost-effective than the C/QPP: it is simple, automatic, has extremely low administrative costs and works for everyone.

If anything, Canada needs to expand its public pension system.

In a study published last year by the Institute for Research on Public Policy (IRPP), I projected that about half of middle income Canadians (with working age incomes between \$35 and 80 thousand) could expect a substantial drop in living

standards after age 65, taking account not only of OAS, GIS and C/QPP, but also RRSPs, workplace pensions and home ownership. It is not a pretty picture.

Still, raising the age of entitlement to public pensions is not necessarily a bad idea. A prudent government should be planning for the retirement of Canada's baby boom cohort. But this should be an 'adult conversation' about what is fair between generations, a conversation which does not focus on OAS (and GIS) in isolation — for the simple reason that C/QPP, RRSPs, workplace pensions and TFSAs, among others, are all involved in providing retirement incomes, and they interact in sometimes complex ways.

Gradually raising the age of entitlement to public pensions, even to age 70, would bring the average length of the retirement period back to where it was in 1966 when the C/QPP and GIS were introduced. Allowing flexibility in starting OAS benefits a few years before or after the normal age, as is already the case with C/QPP, with appropriate actuarial adjustment, would be worthwhile. Indeed, adjusting pension payments in line with changes in life expectancy, as was legislated in Sweden in the 1990s, should be considered.

But there needs to be some give as well as take — most importantly enlarging the C/QPP to ensure that more Canadians will have adequate incomes in their retirement years, and indexing OAS not only for inflation, but also a bit more when the economy is growing well, so that seniors can share in real increases in Canadians' standard of living.

In the end, the real issue is establishing an inter-generational agreement on support in old age that young and old alike will agree is fair.

*Michael Wolfson is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, and Canada Research Chair in Population Health Modeling/Populomics at the University of Ottawa. He is a former Assistant Chief Statistician at Statistics Canada, and spent several periods during his career in the Federal Public Service developing and advising on pension policy.*

*A version of this commentary appeared in the Star Phoenix, iPolitics.ca and the Hill Times.*

**February 2012**

# Generational fairness and Old Age Security

*It's time we had the conversation*

MICHAEL WOLFSON



## What is generational fairness anyway?

The last time Canada's Parliament seriously grappled with this question was during the Special Parliamentary Committee on Pension Reform in 1983. Yes, there have been ad hoc increases to the Guaranteed Income Supplement (GIS) since then; the Old Age Security (OAS) claw back was introduced in 1989; and there was a significant increase in Canada (and Quebec) Pension Plan (C/QPP) contribution rates in the mid 1990s. But all of these changes were piecemeal — none addressed Canada's public pension system as a whole.

In contrast, the Special Parliamentary Committee in 1983, made up of dedicated back bench members from all three of the parties then represented in Parliament, devoted a full year to hearing witnesses, holding extensive in camera discussion and debate, and eventually produced an entire chapter on "Intergenerational Fairness."

As a policy analyst working with the research staff of this Committee, it was a wonderful experience to hear and help inform these discussions. While the members brought their own diverse political perspectives, the discussions were polite, engaged and thoughtful. All members recognized that intergenerational fairness was fundamental to the long term sustainability of public pension programs. It was also clear to all that pension arrangements necessarily involve inter-generation transfers.

It is a fiction to believe that any public pension arrangement can be financed purely by each generation setting aside the funds for its own future benefits.

Many think of their RRSPs as a pure example of each person providing for their own retirement income. But this ignores the important income tax incentives in place to encourage RRSP savings. And we cannot simply apply the analogy of individual saving for retirement to society as a whole. For example, higher payroll taxes today to fund future pension payouts from the C/QPP will have broader impacts on the economy (possibly discouraging small businesses in hiring, and more generally reducing consumers' overall purchasing power, hence aggregate demand).

The Committee therefore chose to ground its thinking in basic principles. A clear majority of Canadians of all ages and all socio-economic backgrounds had to be comfortable that one generation or group was not taking advantage of any other, for example by creating a huge burden on their children.

Another general principle was that one generation should not be promising itself a pension in the future that was better than what it was prepared to provide to the elderly while it was in its working age years.

As the Committee grappled with these different principles, a key question was how they should be operationalized in practical and understandable legislation. In the end, the Committee unanimously agreed to recommend a change in the way public pension arrangements were indexed. A

breakthrough moment during in camera discussions revolved on whether pensions should ever actually decrease from one year to the next.

The metaphor that clinched the Committee's agreement was that of a 19<sup>th</sup> century rural extended family. All members agreed that in 'fat years,' when harvests were abundant, everyone should share in the bounty, including those around the table who were too old and frail to have contributed much to the actual farm work. But in 'lean years,' when there was not so much to go around, everyone should also share in the necessary belt-tightening.

Based on this shared understanding of intergenerational fairness, the Committee's recommendation was for an indexing system that took account of the ratio of people age 65+ to those of working age, the unemployment rate, and whether overall economic growth — after taking account of inflation — was weak or strong.

When these factors were favourable, indexing would be more than the inflation rate. And when factors were not favourable, indexing would be less. This indexing would be applied not only to OAS and GIS, and to C/QPP, but also to other parts of the retirement income system like the tax limits for RRSPs and workplace pensions.

Wouldn't it be wonderful if Minister Finley, in her latest comments on OAS to the Canadian public, could avoid fanning the flames of inter-generational conflict, and instead point Canadians to a more thoughtful and fuller discussion of

the real issues involved in assuring an intergenerationally fair public pension system?

Only then, can the real discussion begin.

*Michael Wolfson is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, and Canada Research Chair in Population Health Modeling/Populomics at the University of Ottawa. He is a former Assistant Chief Statistician at Statistics Canada, and spent several periods during his career in the Federal Public Service developing and advising on pension policy.*

*A version of this commentary appeared in The Montreal Gazette and the Edmonton Journal.*

**March 2012**

# OAS savings could turn out to be costly

*The rate of affected seniors living in poverty would have more than doubled, and the provinces would still be paying*

MICHAEL WOLFSON



The federal government has recently been floating one sentence options for cutting the Old Age Security (OAS) program — causing a media flurry, and heated public debate. The only details provided to date indicate that changes would focus on those aged 65 and 66, and that it would not be implemented until sometime after 2020.

But what would have happened if the proposed government changes to OAS had been fully implemented in 2011? That is, what if OAS would not have been paid at all to 65 and 66 year olds last year, assuming the Guaranteed Income Supplement (GIS) (the income tested benefit that is part of OAS legislation) remained unchanged?

This is an important question to ask, since the primary reason provided by the government for cuts to OAS is to make the program more fiscally sustainable — to save money, in other words.

But OAS is only a part of Canada's retirement income system that includes other major programs and tax provisions, so cutting OAS would cause ripples throughout the system. Creating a hypothetical scenario helps to see how far the ripples from the cuts might reach.

Since the federal government is short on details, I have used Statistics Canada's Social Policy Simulation Database and Model, and my own assumptions to create the calculations and interpretations of the results.

If OAS had been denied to all 65 and 66 year olds in 2011, the overall costs of OAS would have dropped by about \$4 billion. But because OAS is included in taxable income, there would also have been a drop of roughly \$500 million in federal income taxes and a \$300 million decline in provincial income taxes.

Further, because these seniors (the 65 and 66 year olds) would have lower disposable incomes and hence less money to spend, there would be over a \$100 million drop in federal GST and almost a \$200 million drop in provincial sales and other commodity taxes and health premiums.

The bottom line: the net fiscal impact of such a cut to OAS, in 2011 terms, would be a fiscal savings for the federal government of about \$3.5 billion, but combined with a \$500 million loss in tax revenue for the provinces.

Further, the almost 700,000 seniors age 65 and 66 would also have had reduced incomes unless they compensated — for example, by working more, or drawing down more of their savings, or moving in with relatives. If they didn't, the number of 65 and 66 year old Canadians falling below Statistics Canada's after-tax Low Income Measure (LIM) would have more than doubled from about 50,000 to almost 120,000 (with a further 15,000 in their sixties but not exactly age 65 or 66).

Such an increase in low income rates — most analysts refer to them as 'poverty' rates — would likely be offset, at least in part, as many of these seniors would go onto provincial social

assistance programs. Federal cuts in OAS would be shifting costs to the provinces, in other words.

To avoid hurting the poor, the government could offset the cut in OAS for those with lower incomes by increasing GIS benefits by a corresponding amount.

But this change would dramatically reduce the fiscal savings for the federal government to about \$500 million, taking into account changes in lost federal income tax and GST revenues. The provinces would still lose about \$350 million because non-taxable GIS benefits would be substituted for taxable OAS benefits.

So what is the federal government going to do?

Will the cut in OAS save billions in federal spending, while shifting hundreds of millions in revenue losses to the provinces, and more than doubling the poverty rate among affected seniors? That's what the 2011 hypothetical scenario indicates would happen.

Or will the cut — with a possible modified GIS — protect the most vulnerable seniors, but save far less for the federal government, and still hit the provinces with large revenue losses?

This would mean that the net effect on the fiscal balances of both levels of government combined — what ultimately matters to taxpayers and the economy — would be essentially nil.

On March 29th, the federal government will table the budget, and we will see if and how crucial details of the OAS cuts will be addressed. Let's hope the government does not choose to reverse one of Canada's greatest social policy successes of the last half century and increase poverty rates among Canada's seniors.

Let's also hope they don't choose to shift hundreds of millions of fiscal burdens to the provinces in the name of improving their own fiscal situation. And let's hope they will not approach public policy with a narrow focus that pays no attention to the realities of a shared jurisdiction and the complexity of programs forming Canada's retirement income system.

*Michael Wolfson is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, and Canada Research Chair in Population Health Modeling/Populomics at the University of Ottawa. He is a former Assistant Chief Statistician at Statistics Canada, and spent several periods during his career in the Federal Public Service developing and advising on pension policy.*

*A version of this commentary appeared in The Toronto Star, iPolitics.ca and the Trail Daily Times.*

**March 2012**

# Why seniors matter — and how they contribute to our everyday lives

VERENA MENEC



Stories abound in the media about how seniors are going to bankrupt the healthcare system or how the Canadian pension system will collapse under the burden of a growing senior population.

What we don't hear in the midst of all of these doomsday stories — which are not based in evidence, and are simply wrong — is how seniors contribute to society.

The fact that people live longer than ever should be celebrated as one of the biggest success stories in history. As the saying goes: "Getting old is better than the alternative."

How do seniors contribute to society? Like any younger person, they shop, they use services (which employ people), and they pay taxes. They also volunteer; in fact, many organizations would be hard pressed to function without their older volunteers.

Seniors also give generously: they make more charitable donations per capita than any other age group.

Seniors babysit; they look after grandchildren. One can only imagine what would happen to our economy if, suddenly, no grandparents were available to look after grandchildren. How many parents would have to scramble to find other care options (already scarce) — or would have to miss work because they couldn't find alternatives? How many soccer games or ballet classes would be missed if grandma or grandpa were not there to drive the grandchildren?

Seniors do housework, home maintenance and yard work — not just for themselves, but for others as well. They provide transportation or run errands for others. They provide emotional support and friendship, like the senior who looks in on a house-bound friend to make sure that everything is alright and stays for a chat.

Seniors provide care for spouses or friends. Think of the wife who takes on more and more responsibilities in and outside the home as her husband starts to get frail. She may not think of herself as a caregiver, but without her, what would happen to him? Who would get the groceries, run errands, do the cooking, take him to medical appointments?

Other family members are not always available to help. They may live too far away or have health problems themselves. There are organizations that can help out — but the bulk of these supports are made possible because of volunteers.

And the volunteers are typically seniors.

Then there is the husband who takes care of his wife who has Alzheimer's, who, from moment to moment, can no longer remember what day of the week it is, never mind what month or year, whether she has eaten, or what she just did; who keeps asking the same question over and over again, forgetting the answer as soon as it is given. He makes sure she gets dressed, eats properly, takes her medication, accompanies her to the doctor, and keeps her life as normal as possible. Without him, she would not be able to live at home anymore, but would have to be admitted to a care home.

Because of him, she is able to stay in familiar surroundings for as long as possible. Because of him, she is not a 'burden' on the healthcare system.

Rather than creating catastrophic visions of the impact of the 'gray tsunami,' it would help if we took a more balanced approach to the aging population. We need policy solutions to address the real challenges, such as: How do we ensure that family and friends who care for older adults and play such an important role in their lives receive the supports they need? How do we provide supports in communities to make them as age-friendly as possible so that seniors can continue to contribute to society and have the best quality of life?

Acknowledging seniors' contributions would help to make ours a more age-inclusive society that does not pit one generation against the other. It would also be a more accurate reflection of how most of us engage with each other in our every day lives.

*Verena Menec is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a Professor in the Department of Community Health Sciences at the Faculty of Medicine, and Director of the Centre on Aging at the University of Manitoba.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Sun, Winnipeg Free Press and the Calgary Sun.*

**August 2012**

# Pourquoi les personnes âgées sont importantes et comment elles contribuent à nos vies quotidiennes

VERENA MENEC



Les médias sont remplis d'histoires sur le fait que les personnes âgées vont ruiner le système de soins de santé et que le système de pensions du Canada va s'effondrer sous le poids de leur nombre croissant.

Ce que nous n'entendons pas au milieu de toutes ces histoires apocalyptiques — qui ne reposent pas sur des preuves, et sont simplement fausses — c'est comment les personnes âgées contribuent à la société.

Le fait que les gens vivent plus longtemps que jamais devrait être célébré comme l'une des plus grandes réussites de l'histoire. Comme le dit le proverbe : Vieillir vaut mieux que mourir.

Comment les aînés contribuent-ils à la société? Comme toute personne jeune, ils font des achats, utilisent des services (qui emploient des gens) et paient des impôts. Ils font aussi du bénévolat; en fait, de nombreuses organisations auraient beaucoup de mal à fonctionner sans leurs bénévoles plus âgés.

Les personnes âgées sont aussi généreuses : elles font plus de dons de bienfaisance par personne que tout autre groupe d'âge.

Les personnes âgées gardent les enfants; elles s'occupent des petits-enfants. Il est difficile d'imaginer ce que deviendrait notre économie si, soudainement, les grands-parents ne pouvaient pas s'occuper des petits-enfants. Combien de parents devraient faire des pieds et des mains pour trouver d'autres options (déjà peu nombreuses) ou devraient

s'absenter du travail parce qu'ils n'ont pas pu trouver de solutions de remplacement? Combien de parties de soccer ou de cours de ballet seraient manqués si grand-maman ou grand-papa n'étaient pas là pour conduire les petits-enfants?

Les aînés font du ménage, de l'entretien ménager et des travaux dans la cour, non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour d'autres personnes. Ils offrent du transport ou font des courses pour les autres. Ils procurent du soutien affectif et de l'amitié, comme la personne âgée qui visite un ami confiné à la maison pour s'assurer que tout va bien et qui reste pour jaser avec lui.

Les personnes âgées prennent soin de leur conjoint ou de leurs amis. Pensons à la femme qui assume de plus en plus de responsabilités à l'intérieur et à l'extérieur de la maison parce que son mari perd de ses forces. Elle ne se considère probablement pas comme une aidante, mais sans elle, qu'arriverait-il à son mari? Qui irait faire l'épicerie et les commissions, et qui cuisinera et l'amènerait à ses rendez-vous chez le médecin?

Les autres membres de la famille ne peuvent pas toujours aider. Ils peuvent vivre trop loin ou avoir eux-mêmes des problèmes de santé. Certains organismes peuvent aider, mais le gros de leur soutien est rendu possible par des bénévoles.

Et les bénévoles sont généralement des personnes âgées.

Il y a aussi l'exemple du mari qui prend soin de sa femme atteinte de la maladie d'Alzheimer qui, d'instant en instant, ne

peut se rappeler quel jour on est, et encore moins quel mois ni quelle année, si elle a mangé, ou ce qu'elle a fait; qui pose constamment la même question, encore et encore, et oublie la réponse dès qu'elle lui est donnée. Ce mari s'assure qu'elle s'habille, mange adéquatement, prend ses médicaments, l'accompagne chez le médecin, et fait en sorte que sa vie reste la plus normale possible. Sans lui, elle ne pourrait plus vivre à la maison et devrait être admise dans un foyer.

Grâce à lui, elle peut rester dans un environnement qui lui est familier aussi longtemps qu'il sera possible de le faire. Grâce à lui, elle n'est pas un « fardeau » pour le système de soins de santé.

Plutôt que de créer des visions catastrophiques de l'effet du « tsunami gris », il serait utile d'adopter une approche plus équilibrée à l'égard de la population vieillissante. Nous avons besoin de solutions politiques pour relever les vrais défis, comme les suivants : Comment nous assurer que la famille et les amis qui prennent soin d'adultes plus âgés et jouent un rôle primordial dans leur vie reçoivent tout le soutien dont ils ont besoin? Comment appuyer les collectivités pour qu'elles soient le plus possible amies des aînés afin que les personnes âgées puissent continuer de contribuer à la société et aient la meilleure qualité de vie possible?

Reconnaître les contributions des personnes âgées aiderait à faire de notre société une société plus intergénérationnelle qui ne dresse pas une génération contre l'autre. Ce serait également un reflet plus fidèle des rapports que la plupart

d'entre nous entretiennent entre eux dans la vie de tous les jours.

*Verena Menec est conseillère experte auprès d'EvidenceNetwork.ca, professeure au Département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine, et directrice du centre de recherche sur le vieillissement (Centre on Aging) de l'Université du Manitoba.*

**août 2012**

# Age-friendly communities create a healthier society for everyone

Older people do a great deal for our communities — It's time to ask what communities are doing for them

VERENA MENEC



The next time an older person reaches the cash register before you and begins slowly counting her nickels and dimes, take the extra time to consider how welcome that senior feels in your community.

Think about the bus steps she may have to climb with her purchases, the fast-changing crosswalk outside the store that's built for the young and spry.

In some rural Canadian towns, those seniors now comprise 40 per cent of the population.

Older people do a great deal for communities. They're taxpayers and caregivers and without them, many communities would no longer be sustainable. It's time to turn the lens around and ask what communities are doing for them. The age-friendliness of our cities and towns needs to become a priority.

On October 15, a panel of international experts will meet in Winnipeg to discuss how the world's rural and remote communities can be more age-friendly. The symposium, Age-Friendly Rural and Remote Communities and Places, follows a [2007 World Health Organization report](#) that addresses the views of older people from every continent in the world.

The problems are remarkably similar.

Seniors everywhere said they need more accessible communities, better housing and more opportunities for social engagement. They want clean, well-maintained

environments in which to spend retirement. Some live in quiet neighbourhoods they enjoy, but others complain of poor public transit and impatient drivers.

Providing age-friendly spaces, such as parks and well-maintained sidewalks, permits seniors to become active, healthy members of society. Better streets also mean opportunities for physical activity and social engagement. In short, a higher quality of life — for everyone.

Looking at these issues in rural and remote communities is important because many are rapidly ‘graying.’ Younger people leave to find employment; older generations stay behind. Access to affordable housing and transportation options, for example, are major issues to address in these areas. In fact, access to affordable housing with the proper accommodations is a basic requirement for good health.

As more people move to urban areas, there’s a tendency among city-dwellers to dismiss the needs of rural communities with small populations. However, our economy needs rural communities — agriculture, fishing, mining are all important parts of the Canadian fabric. Therefore, it’s in everyone’s best interest to ensure the sustainability of small towns by making them more liveable.

Creating a positive environment begins with the very structure of our buildings. Many seniors have difficulty with stairs in public buildings but also in their own homes. In other words, age friendliness reaches to the very design of our communities and organizations.

Governments and planners need to put older people’s needs on the agenda lest a large proportion of our population become excluded. An older person may not leave the house if the curbs aren’t low enough to step over, or if there isn’t enough seating on the street to stop and rest.

There are also small things we can all do to make our communities age-friendly. We rarely slow down long enough to consider the needs of the older people around us. Whether it’s taking the time to speak more slowly or helping someone cross the street, everyone has a role in creating more inclusive communities for seniors.

And what’s good for the old is good for the young, too. An age-friendly community is more than a place that puts its seniors first. It’s a friendly community, period — and that’s something we should all be striving for.

*Verena Menec is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a Professor in the Department of Community Health Sciences at the Faculty of Medicine, and Director of the Centre on Aging at the University of Manitoba.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Province, Winnipeg Free Press and the Halifax Chronicle Herald*

**October 2012**

# Les collectivités-amies des aînés créent une société plus saine pour tout le monde

VERENA MENEC



Les aînés font beaucoup de choses pour nos collectivités. Il est temps que nous nous demandions ce que nos collectivités font pour eux.

La prochaine fois qu'une personne âgée arrivera à la caisse avant vous et commencera à compter lentement ses pièces de cinq et de dix cents, profitez de ce temps d'attente pour vous demander si les personnes âgées se sentent les bienvenues dans votre collectivité.

Pensez aux marches du marchepied de l'autobus qu'elle doit peut-être gravir avec ses achats et au passage pour piétons aménagé à l'extérieur d'un magasin qui a été visiblement conçu pour des gens jeunes et agiles.

Les aînés forment maintenant 40 % de la population de certaines petites villes canadiennes en milieu rural.

Ils font beaucoup de choses dans leur collectivité. Ce sont des contribuables et des fournisseurs de soins, et sans eux, bien des collectivités ne seraient plus viables. Il est temps de changer d'optique et de se demander ce que les collectivités font pour eux. Nos grandes et petites villes doivent choisir comme priorité de devenir des amies des aînés.

Le 15 octobre prochain, un groupe d'experts internationaux se réunira à Winnipeg pour discuter de ce que peuvent faire les collectivités en milieu rural et éloigné pour devenir plus amies des aînés. Le symposium, intitulé *Age-Friendly Rural and Remote Communities and Places*, fait suite à un rapport de

2007 de l'Organisation mondiale de la Santé traitant des opinions de personnes âgées de tous les continents.

Les problèmes sont extrêmement semblables.

Les personnes âgées de partout disent qu'elles ont besoin de collectivités plus accessibles, de meilleurs logements et plus d'occasions d'engagement social. Elles veulent avoir des environnements propres et bien entretenus où passer leur retraite. Certaines vivent dans des quartiers tranquilles qu'elles aiment, mais d'autres se plaignent du piètre transport en commun et des conducteurs impatients.

Offrir des lieux-amis des aînés, comme des parcs et des trottoirs bien entretenus, permet aux personnes âgées de devenir des membres actifs et en bonne santé de la société. Des rues plus accessibles sont aussi synonymes d'activité physique et d'engagement social et, en bref, d'une meilleure qualité de vie — pour tous.

Il est important d'examiner ces questions dans les collectivités des régions rurales et éloignées, parce que celles-ci grisonnent rapidement. Les plus jeunes quittent ces régions pour trouver du travail et les plus âgés restent. L'accès à un logement et à du transport abordables, par exemple, pose un grand problème dans ces collectivités. En fait, avoir accès à un logement abordable avec les adaptations appropriées est une condition de base pour être en bonne santé.

Comme un plus grand nombre de gens déménagent dans les régions urbaines, les habitants de la ville ont tendance à

méconnaître les besoins des collectivités rurales dont la population est peu élevée. Notre économie a toutefois besoin de ces collectivités, car l'agriculture, la pêche et les mines font toutes partie intégrante du tissu social canadien. Il est par conséquent dans l'intérêt de tous d'assurer la viabilité des petites villes en les rendant plus habitables.

La création d'un environnement positif commence par la structure même de nos immeubles. De nombreux aînés ont de la difficulté avec les marches dans les bâtiments publics, mais aussi dans leur propre maison. En d'autres termes, être ami des aînés touche la conception même de nos collectivités et de nos organisations.

Les gouvernements et les spécialistes de la planification doivent mettre les besoins des personnes âgées à leur ordre du jour, sinon une grande partie de notre population deviendra exclue. Une personne âgée peut ne pas quitter sa maison parce que les bords de trottoir sont trop hauts pour être enjambés ou parce qu'il n'y pas suffisamment de bancs dans les rues pour s'asseoir et se reposer.

Il y a également des petites choses que nous pouvons tous faire pour rendre nos collectivités-amies des aînés. Nous ralentissons rarement suffisamment longtemps pour penser aux besoins des aînés qui nous entourent. Que ce soit en prenant le temps de parler plus lentement ou en aidant une personne à traverser la rue, tout le monde a un rôle à jouer pour créer des collectivités plus accueillantes pour les aînés.

Et ce qui est bon pour les vieux est bon aussi pour les jeunes. Une collectivité-amie des aînés, c'est plus qu'une collectivité qui accorde la priorité aux aînés. C'est une collectivité amicale, un point c'est tout — et c'est quelque chose que nous devrions tous nous efforcer de créer.

**Verena Menec** est conseillère experte auprès d'EvidenceNetwork.ca, professeure au Département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine, et directrice du centre de recherche sur le vieillissement (Centre on Aging) de l'Université du Manitoba.

**octobre 2012**

# Healthcare Costs and Spending

# From grey tsunami to glacier

*Why the boomers won't bankrupt the healthcare system, but over-diagnosis just might*

KIMBERLYN MCGRAIL



You've heard it before: the boomers are aging and jeopardizing our healthcare system by the sheer number of them swanning into their golden years. Sounds right — except it isn't true.

Let's check the evidence: the older you are, the more likely you are to use healthcare services. This is a fact, but it does not necessarily follow that the coming bulge of boomers will bankrupt the healthcare system. Study after study in Canada over the last 30 years shows that aging is an issue, but it exerts only a small and predictable pressure on healthcare spending (less than one per cent annually from 2010 to 2036).

More recent research shows that increases in utilization — how many and how often Canadians use health services — are twice as important as aging in increasing costs year by year. In other words, while population aging does increase costs, the kinds and amount of services provided to people in every age group are a far more important factor. How and why are these changes occurring?

## **Increased visits to medical specialists, lab tests increasing costs**

The 'how' is easier to answer. In a recent study published in the journal, *Healthcare Policy*, my colleagues and I looked at spending on physician services over a decade and found two major trends. One is that people are seeing a larger number of doctors overall. In particular, they are being referred to specialists more often.

Even more significant is the increased use of diagnostic testing: people are being sent for far more lab tests, CAT scans and other imaging services. For example, about 6 per cent more of the population in BC had lab tests in 2006 compared to 1997; that is an additional 260,000 people being referred for laboratory services — a hefty additional cost to the health system. There is no reason to think BC is different from other provinces in this or any other trend.

The second trend we found is that these increases themselves increase with age. That is, the percentage increase in doctor visits, specialist referrals and laboratory testing are all higher at older and older ages.

By 2006 nearly half of people aged 65 and over saw at least one medical specialist during the year, saw at least one surgical specialist, had at least one imaging service, and three-quarters had at least one lab test. This is why the topic of aging and its impact on the system is so complex. The fact that populations are aging exerts only a small pressure on the system, but the fact that the system keeps changing so that more services are directed to everyone, particularly older people, compounds the problem.

### **More care is not always better care**

The questions of ‘why’ the system is changing in this way, and even more importantly, whether these changes are actually improving health and quality of life, are far more difficult to answer. Did more diagnostic procedures detect new conditions, increase the accuracy of diagnosis, alter care

management, keep chronic conditions in check and improve patient outcomes? That is, do more tests keep us healthier and living longer?

Or is all this testing simply a response to the wider availability of the technology itself, a kind of defensive medicine, ‘standard practice’ — or even the outcome of seeing many different doctors (who may all feel they need to ‘do’ something)?

Further, were increased referrals to medical specialists necessary, or the predictable outcome of a poorly organized and overly-burdened system of primary care?

Unfortunately, we don’t routinely collect information on diagnostic outcomes and quality of life in healthcare so these questions are sometimes difficult to answer. But there are some important general cultural facts at play.

We like new things and we seem to have a general assumption that if something is good, then more of it is better. New tests, screening devices and procedures are invented and we expect that they will be adopted immediately into the system.

But we too often forget that care itself comes with certain risks — all drugs have side-effects, many forms of imaging expose us to radiation, surgeries may have complications, even the fact of being diagnosed with a chronic condition can have a negative effect on people’s outlook on life.

There is plenty of research to show that more use of specialist services, tests and imaging do not necessarily create better outcomes. More care is not always better care.

## **Matching innovation with improved health outcomes**

People who need care should absolutely receive what they need. The trick is in defining and understanding that need.

There is a lively ongoing debate about whether earlier and earlier screening, detection and labeling actually improves quality of life and outcomes for patients. The fact is, we don't often know. We need better ways of measuring the outcomes of increased diagnostic testing beyond our now somewhat crude measurements of morbidity (the number of people with a specific disease) and mortality (the number who die of the disease).

In other words, we need to put our efforts toward tracking more subtle changes in health and quality of life over time, particularly given that much of our health dollars are now spent in addressing chronic health issues.

It is time to shift the conversation from finger pointing at boomers to a much broader discussion about technology, the value and potential dangers of increased diagnostic testing, and whether we are getting value for money from our ever increasing utilization of health services.

*Kimberlyn McGrail* is an assistant professor at the University of British Columbia and associate director of the

*UBC Centre for Health Services and Policy Research. She is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Toronto Star and the Victoria Times Colonist.*

**September 2011**

## SECTION 2

# New hospital funding models not without risks

## *Hospital funding tops \$47 billion, largest healthcare cost*

JASON SUTHERLAND AND TRAFFORD CRUMP



Revising the way hospitals are funded can create incentives for hospitals to reduce costs and reduce inefficient models of care. The provinces of British Columbia, Alberta and Ontario have each recently announced plans to tackle this problem by introducing what is referred to as activity-based funding (ABF), as a complement to current funding models.

Under this funding approach, the objective is to improve efficiencies and improve access to care, but these plans are drawing considerable criticism in some quarters.

At \$47 billion, hospital spending comprises the single largest proportion of annual healthcare costs in Canada, making it a key target for provinces trying to contain healthcare cost increases. Yet, with public pressure to reduce wait times and improve the quality of care, healthcare managers face the contradictory objectives of trying to reduce growth in hospital costs, increase access to high quality care and maintain the morale of hard working staff.

Other provinces are not yet moving in the direction of ABF, but should they?

There are important benefits to implementing activity-based funding for hospitals, but taxpayers and future patients will bear the risks if quality or financial viability of hospitals is threatened. Proceeding cautiously, there are ways to maximize the potential benefits of funding reforms while limiting the down-side risks.

### **What it means to move to the ABF model**

In Canada, hospitals have traditionally been funded from a ‘global budget’: a single sum of money to provide treatment and care of all patients within a given time period. While providing budget certainty for governments, this approach has been criticized for its lack of transparency — promoting real and perceived politicking — and entrenching historical inequities between regions.

Global budgets also misplace financial incentives, rewarding those hospitals that keep costs below their budgets — regardless of the amount or quality of care provided — rather than those that address the needs of their population through patient-centred care.

But under ABF, each hospitalization would be funded by a pre-determined amount whose level is set according to the needs of the patients and the type of services provided by the hospital.

By allowing hospitals to retain the difference between the ABF payment and their costs of caring for a patient, financial incentives are created to improve the efficiency and amount of hospital care. These efficiencies are gained by varying the intensity of nursing care and the amount of care is increased by shortening lengths of stay.

### **International experience with ABF has had mixed results**

International experiences with ABF policies have been mixed. In healthcare systems most like our own, such as Norway,

Sweden and Denmark, ABF policies have shortened lengths of stay, shifted care from hospitals to continuing care, and increased the number of patients treated.

If the objective of implementing ABF is to reduce wait times, shortening lengths of stays is a desirable outcome. Plus ABF creates incentives for hospitals to take the initiative to discharge ‘bed blockers’ that cause emergency room waits and cancelled day surgeries.

However, ABF creates its own set of problems: incentives for hospitals to provide the most ‘profitable’ types of care by treating the least ill, and to centralize services which may improve efficiency but reduces access for small and remote communities.

The biggest criticism of ABF is that while aiming for increased efficiency, hospitals may ‘skimp’ on quality. Careful monitoring of hospital quality has helped to avoid this.

Increasing the numbers of patients treated can also be expensive. ABF, by increasing the numbers of patients treated, has resulted in an increase in overall spending on hospital and physician care costs.

### **ABF in Canada: Move forward with caution**

A significant change in hospital funding policy in Canadian provinces is not without risks, both political and financial. To date, ABF has been largely supported by Canadian physician

groups, though they are not disinterested parties — physician payments are tied to the amount of care they provide.

Provincial governments are faced with balancing the healthcare needs of the people while keeping growth in costs in check. ABF is one potential solution to this balancing act, but we can't expect that this change in funding method will resolve financial pressures.

Evidence to date suggests that ABF may actually worsen spending pressures. Since more care is not necessarily better for patients, creating incentives for additional hospital care using ABF should be approached with caution.

*Jason Sutherland is Assistant Professor and Trafford Crump, post doctoral fellow at the Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. Jason is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Sun, Halifax Chronicle Herald and the Alberta Medical Association Bulletin.*

**November 2011**

## SECTION 3

# Pourquoi semble-t-il que nous n'ayons jamais assez de lits d'hôpitaux au Canada?

*Il est temps de revoir les modèles de financement des soins de santé*

JASON SUTHERLAND ET TRAFFORD CRUMP



## Il est temps de revoir les modèles de financement des soins de santé

Le Canada compte plus de 70 000 lits d'hôpitaux et dépense plus de 47 milliards de dollars par année en soins hospitaliers. Pourtant, l'accès à ces lits au moment où l'on en a le plus besoin demeure une préoccupation importante en matière de santé publique. De façon régulière, les patients subissent de longs temps d'attente dans les salles d'urgence et voient leur chirurgie annulée, en raison de l'incapacité du système de santé à fournir rapidement des lits d'hôpitaux. Bien entendu, les frustrations s'accumulent.

Des modifications au mode de financement des soins de santé peuvent constituer une importante solution au problème.

Plusieurs lits d'hôpitaux sont occupés par des patients qui n'ont plus besoin de l'équipement spécialisé ni des soins infirmiers fournis dans un centre hospitalier. Leur médecin les ayant déjà autorisés à quitter l'hôpital, ces patients attendent qu'une place se libère dans un établissement de soins continus, soit pour de la réadaptation en milieu hospitalier ou pour des soins en établissement ou à domicile. Ils demeurent à l'hôpital uniquement parce qu'il n'y a pas d'établissement de soins continus qui peut répondre adéquatement à leurs besoins médicaux et sociaux.

La plupart de ces patients ne veulent pas séjourner dans un centre hospitalier, mais jour après jour, ils occupent plus de 7 500 lits d'hôpitaux au Canada; il s'agit là d'une utilisation

incroyablement inefficace des services hospitaliers que l'on ne retrouve pas dans les autres pays développés.

## **Des modèles de financement cloisonnés donnent lieu à des incitations financières perverses**

Dans un récent rapport publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), nous cernons les facteurs complexes sous-jacents qui font que les solutions efficaces aux problèmes de lits sont difficiles à mettre en place dans les hôpitaux du Canada.

Il existe a priori un ensemble disparate d'intervenants ayant différents objectifs, y compris les médecins et les hôpitaux financés à partir des deniers publics et un éventail de fournisseurs de soins dans les secteurs public et privé. Ils doivent travailler tous ensemble à libérer les lits qu'occupent actuellement des patients qui n'ont plus besoin de demeurer à l'hôpital et à utiliser à d'autres fins les soins en milieu hospitalier qui pourraient s'avérer inutiles. Il s'agit là d'un objectif de taille lorsque les incitations financières ne favorisent pas l'harmonie entre les fournisseurs en vue d'atteindre ces objectifs fondamentaux.

Deuxièmement, le financement des fournisseurs de soins santé se fait souvent en « vase clos » : une structure finance les hôpitaux, une autre, les médecins et d'autres encore, les soins de réadaptation, les soins en établissement ou à domicile. Ces structures peuvent engendrer des incitations financières perverses qui ne maximisent pas les sommes limitées investies dans le secteur de la santé.

À titre d'exemple, les hôpitaux reçoivent un montant forfaitaire qui couvre tous les soins prodigués à l'ensemble de leurs patients, ce qui les incite peu à autoriser un patient moins coûteux à sortir pour admettre en échange un nouveau patient plus coûteux sans subir de changement dans les recettes.

Pour les soins continus, à l'exception des mesures et tentatives récentes entreprises en Alberta et en Ontario, les fournisseurs sont rémunérés en fonction de la complexité des soins offerts aux patients. Il est ainsi difficile pour ces fournisseurs de porter leur attention au-delà des coûts supplémentaires associés aux soins complexes prodigués à des patients alités à l'hôpital.

Pour de nombreuses raisons, une expansion de la capacité d'offrir des soins de courte durée dans le réseau hospitalier n'est pas attrayante. Bien que cette mesure puisse résoudre le problème de façon temporaire, elle ne remédie pas au problème sous-jacent de transition des patients vers les soins continus. Peu de patients aimeraient vivre en milieu hospitalier. Il s'agit là également de l'option la plus coûteuse qui a été mise à l'essai par le passé, et ce, sans succès, à l'exception d'une augmentation des dépenses des hôpitaux.

L'expansion des soins continus constitue une autre option. Toutefois, les soins prodigués aux patients en attente ainsi que leurs besoins sont si diversifiés qu'une absence de gestion de l'expansion des soins continus appropriés, en quantité suffisante, dans le bon secteur géographique, pourrait faire en

sorte qu'on n'obtienne pas les résultats escomptés au fil du temps.

## **Les incitations financières ne compromettent pas le régime d'assurance-maladie**

Alors, quelle est la solution?

Les travaux de recherche indiquent que les incitations financières se sont révélées efficaces pour encourager les fournisseurs de soins à apporter des changements à leur comportement. Jusqu'à maintenant, l'utilisation des incitations financières ne s'est pas poursuivie au Canada, en partie parce qu'elle a été associée aux soins de santé privatisés. Mais les méthodes rentables qui permettent de libérer la capacité des hôpitaux et qui ne fragilisent pas le système de santé public du Canada devraient être perçues de façon positive et comme un pas dans la bonne direction.

Une solution possible consiste à modifier le mode de financement des fournisseurs de soins et à harmoniser leurs incitations financières avec celles des hôpitaux. Nous devrions doter les fournisseurs de soins continus d'outils financiers pour renforcer la coordination des soins avec les hôpitaux et pour leur permettre de bénéficier d'un remboursement équitable pour avoir accepté de prodiguer des soins plus complexes aux patients.

Un arrangement potentiel pourrait prendre la forme d'un paiement unique par patient aux fournisseurs de soins

continus acceptant des patients qui, autrement, seraient laissés en attente dans les hôpitaux.

La mise en place de cette mesure incitative permettrait d'atteindre deux objectifs. Dans un premier temps, on pourrait ainsi récompenser les fournisseurs de soins continus pour avoir « redirigé » les patients vers des soins de santé de plus faible intensité. Deuxièmement, cette mesure permettrait de libérer le nombre actuel de lits d'hôpitaux tout en justifiant amplement les dépenses.

Il va de soi que notre système actuel compromet la prestation de soins efficaces et sûrs au moment où les Canadiens en ont le plus besoin. Il se peut que la mise en place des incitations financières requises ainsi que des investissements dans les soins à domicile suffisent à améliorer l'efficacité des centres hospitaliers, à libérer des lits d'hôpitaux, à réduire les listes d'attente et à améliorer les expériences que vivent les patients au sein du système de santé.

*Jason Sutherland est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca et professeur adjoint. Trafford Crump, est boursier postdoctoral au Centre de recherche sur les services et les politiques en santé, de l'Université de la Colombie-Britannique. Ils sont les auteurs du document *Exploration de l'enjeu des niveaux de soins alternatifs (NSA) et le rôle des politiques de financement*, publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).*

**novembre 2011**

## SECTION 4

# Canadian doctors are making more money and are one of our fastest growing health costs

*How this happened, and what we can do about it*

LIVIO DI MATTEO



The recent release of National Health Expenditure Trends by the Canadian Institute for Health Information (CIHI) puts total health expenditure in Canada at a whopping \$192.9 billion in 2010 and \$200.5 billion in 2011 — annual increases of 5.9 and four per cent respectively. This year's release was also accompanied by a report titled Healthcare Cost Drivers, which finds the period from 1998 to 2008 was one in which public healthcare spending grew at an average of 7.4 per cent annually — double the rate of government revenue.

Physician spending was highlighted as one of the fastest-growing public-sector health categories of recent years, with half of the growth attributable to increases in physician fee schedules.

Economists are not surprised that physicians were able to negotiate generous fee increases given the general perception of physician shortages. However, it should be noted that the period since 2003 has seen a marked increase in the number of physicians after a period of relative stability, due largely to sharply higher medical-school enrollment.

The average number of physicians per 10,000 people in Canada is now rising markedly in most provinces after the small decline of the 1990s.

Governments are often conflicted when it comes to public healthcare. While more physicians means more services and access for the public, it also means more public spending. With healthcare sustainability once again moving into the forefront of policy discussion in Canada, physicians and their

role as health-system gatekeepers will be coming under scrutiny.

If we are going to spend more on physician services, we need to ensure that we can measure outcomes and assess whether we are getting better care.

Indeed the cost and effectiveness of many procedures will likely be an area of examination. As well, we can expect to see even more pressure to move away from fee for service models of physician reimbursement and towards models that pay physicians set salaries or fixed payments per enrolled patient — though there is no certainty that these will help control costs.

There is surprisingly little evidence on whether or not alternate payment systems for physicians generate large differences in healthcare costs and health outcomes.

One of the arguments used to restrict medical-school admissions in Canada in the early 1990s was that physicians were a primary cost driver in the health system because of their role as gatekeepers. Reduce the number of physicians and replace them with nurse-practitioner teams and it was felt cost savings would automatically ensue.

However, the 1990s saw a perception of widespread physician shortages though only a handful of provinces had declines in the per capita number of physicians (Ontario, BC, Alberta, PEI and Nova Scotia), and by 2010 these declines have turned into marked increases in most of these provinces.

Moreover, after a short pause, healthcare spending still continued to mount, driven also by drugs, diagnostic technology and public-health initiatives. The recent increase in physician numbers more than makes up for the small decline of the 1990s but is being accompanied by expenditure increases.

While physician spending is an important cost driver, the drivers of public healthcare spending are also a complex interaction between physician decision-making, new diagnostic and drug technologies, population growth and aging, and the cost and deployment of other health human resources used in treatment.

Indeed, a positive correlation between physician numbers and health spending is not automatic. In other words, a high per capita number of physicians is not always associated with high per capita health spending. Quebec, for example spends the lowest amount per capita on public healthcare spending and yet has one of the highest number of physicians per capita. Manitoba, on the other hand has the second highest per capita public health spending in the country but is one of the lowest in terms of physicians per capita.

Two lessons emerge from this. First, public healthcare spending is complex and care needs to be taken that cost-control approaches to health-system sustainability use a balanced approach rather than setting simplistic goals that target only one aspect of the healthcare system. Although

physicians are a health cost-driver, they are not alone but operate as part of a system that also drives costs.

Second, the federal government needs to coordinate information sharing and exchange amongst the provinces so that they can learn from each other on a best practice basis how to balance any increases in physician numbers and access to services with measures to keep health spending costs under control.

*Livio Di Matteo is professor of economics at Lakehead University. He is also an expert advisor to EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Hill Times and the Montreal Gazette.*

**December 2011**

## SECTION 5

# Expensive medicine

## *Why do Canadian doctors continue to prescribe the most costly drugs?*

ALAN CASSELS



Because I write books about medical things people often ask me important medical questions such as: "Who are all those well-dressed people in my doctor's waiting room?"

It's worth clearing the air on this question. After much investigation I can say with much confidence that those well-dressed people with their iPads and their expensive briefcases are teachers.

Well, not teachers in the classic sense of someone who fills our children's heads with wisdom, but teachers nonetheless, who have small classes — with usually our doctors as their pupils.

Selling pharmaceuticals is an extremely competitive business and companies know that they need to put their best face forward. That face is usually a smiling drug representative whose job it is to teach your physician about the newest medicines being produced today.

In Canada the drug industry spends roughly \$3 billion per year marketing its products, two-thirds of which goes towards the salaries of the sales reps who visit our physicians regularly, and the drug samples they use to enhance their one-on-one learning sessions.

If you find it a bit troubling that our physicians are getting their lessons about new drugs from salespeople, that's the system we have. And it's something in dire need of reform.

Many doctors dismiss the power of the sales reps but something happened recently that made me acutely aware of how forcefully a drug sales team can bend the prescribing pen. The biggest-selling drug in the world, the cholesterol-lowering agent, Lipitor, went over the patent cliff, which is to say, came off patent recently.

Once Pfizer's patent on Lipitor expired, generic manufacturers started making and selling the same chemical under the generic name of atorvastatin, at a discount that was up to 75 per cent off the regular price.

If you're like me with clear traces of Scottish frugality pumping in your veins you'd think: "What a bargain! I'm gonna get some of that generic stuff and save big time." After all, even if the generic pills are a different colour or shape it's still the same active ingredient.

But here's the big question: after much-loved Lipitor sailed over the 'patent cliff' did Canada's doctors, who had been responsible for writing \$1.2 billion worth of Lipitor scripts every year, switch everyone to generic atorvastatin?

Nope, that's not what happened. In the U.S., when a big name drug goes generic the generic sales take off. In this case, more than 70 per cent of U.S. patients were switched to the generic atorvastatin. Why? U.S. drug plans enforce generic

prescribing, so many of them will make the switch to the lower-cost generic drugs.

Canada's doctors, on the other hand, aren't significantly influenced by drug plans. In Canada, more than half the former Lipitor patients have been switched to the newest still-patented anti-cholesterol drug, Crestor, which is not proven to be any more effective than generic atorvastatin. And it's certainly more expensive than the lower priced generic.

The influence of drug reps in keeping patented brands front and centre in our doctors' minds cannot be underestimated. Even as provincial governments have rules for enforcing generic substitution, many people are covered by their employer-sponsored private insurance plans, which has no such rules.

That's a pity because in the current economy consumers are being squeezed at every turn, as are governments and employers who want affordable drug care and sustainable drug plans.

We need our policy makers, and the officials who administer both public and private drug plans, to enforce simple cost-saving drug policies. They need to be in the game around educating patients – and doctors – about value-for-money and generic equivalence.

Too long they have left the education of our doctors to the pharmaceutical industry. And that's a lesson that's proving to be increasingly expensive for all of us.

*Alan Cassels is a drug policy researcher at the University of Victoria and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post and the Hill Times.*

**February 2012**

# Des médicaments hors de prix

*Pourquoi les médecins canadiens continuent-ils à prescrire les médicaments les plus coûteux?*

ALAN CASSELS



Comme j'écris des ouvrages portant sur la médecine, les gens me posent souvent des questions d'ordre médical importantes comme par exemple pour savoir « qui sont tous ces gens si bien habillés dans la salle d'attente de mon médecin ».

Cette question mérite d'être éclaircie. Après des recherches très approfondies sur le sujet, je peux affirmer avec certitude que ces personnes si bien habillées avec leur iPad et leur luxueux porte-document sont des enseignants.

En fait, il ne s'agit pas d'enseignements au sens propre du terme, de celles et ceux qui ont pour mission d'insuffler un peu de sagesse dans la tête de nos enfants, mais d'enseignants d'une autre nature qui offrent des cours particuliers à nos médecins et à leurs élèves.

La vente des produits pharmaceutiques est une activité extrêmement concurrentielle et les laboratoires savent qu'ils doivent se présenter sous leur meilleur jour. Ce meilleur jour est souvent incarné par un représentant pharmaceutique souriant dont le travail consiste à éduquer nos médecins sur les derniers médicaments fraîchement sortis des laboratoires.

Au Canada, l'industrie pharmaceutique dépense annuellement près de 3 milliards de dollars pour commercialiser ses produits. Les deux tiers de cette somme sont consacrés aux salaires des représentants commerciaux, qui rendent régulièrement visite à nos médecins, et aux échantillons qui agrémentent leurs cours particuliers.

Si cela vous dérange de savoir que nos médecins tirent leurs connaissances sur les nouveaux médicaments de la bouche des représentants commerciaux, force est de constater que c'est le système en place actuellement. Cette pratique doit être réformée de toute urgence.

La majorité des médecins nient l'importance des représentants commerciaux, mais un événement récent m'a fait réaliser brutalement que les équipes commerciales ont le pouvoir d'incliner le stylo qui rédige l'ordonnance. Le médicament le plus vendu dans le monde, une molécule contre le cholestérol, commercialisée sous le nom de Lipitor ou de Tahor, vient de tomber dans le domaine public, c'est-à-dire, que le brevet vient d'expirer.

L'expiration du brevet que détenait le laboratoire Pfizer sur le Lipitor a permis aux fabricants de génériques de commercialiser cette molécule sous le nom d'atorvastatine à un prix parfois inférieur de 75 % au prix régulier.

Si comme moi une frugalité tout écossaise coule dans vos veines, vous vous diriez sans doute : « La bonne affaire! Je vais acheter le générique et faire des économies. » Après tout, il s'agit de la même molécule, peu importe si le générique est d'une forme ou d'une couleur différente.

Mais voilà le problème : pensez-vous qu'une fois que le Lipitor, tant aimé, est tombé dans le domaine public, les médecins canadiens, qui prescrivent 1,2 milliard de dollars de ce médicament chaque année, se sont mis à prescrire le générique atorvastatine?

Absolument pas. Pourtant, chez nos voisins américains, dès qu'une grande marque passe dans le domaine public, la vente du générique s'envole. Dans ce cas précis, 70 % des patients américains se sont vu prescrire le générique atorvastatine. Pourquoi? Tout simplement parce qu'aux États-Unis, les régimes d'assurance médicaments encouragent la prescription des génériques, et bon nombre de médecins prescriront des génériques qui coûtent beaucoup moins cher.

Les médecins canadiens, quant à eux, ne sont pas suffisamment encouragés par les régimes d'assurances médicament. Au Canada, plus de la moitié des patients qui prenaient du Lipitor se sont vu prescrire du Crestor, un nouveau médicament breveté, dont les avantages, comparativement au générique atorvastatine, restent à prouver. Ce qui est certain, par contre, c'est qu'il coûte bien plus cher qu'un générique.

L'influence des représentants pharmaceutique pour que les marques brevetées restent ancrées dans l'esprit de nos médecins ne doit pas être sous-estimée. Même lorsque les gouvernements provinciaux mettent des règles en place pour encourager l'usage des génériques, les effets sont limités, car de nombreuses personnes sont couvertes par leur régime d'assurance privé qui ne possède pas de telles règles.

C'est regrettable, car avec la conjoncture économique, les consommateurs, tout comme les gouvernements et les entreprises, qui sont pressurés de tous côtés, aimeraient des

médicaments abordables et des régimes d'assurance médicament viables.

Il faut que nos décideurs politiques, ainsi que ceux qui administrent les régimes d'assurance médicaments publics et privés, mettent en oeuvre des politiques simples pour réduire les coûts des médicaments. Ils doivent entrer dans la danse et éduquer les patients, tout comme les médecins, sur le rapport qualité-prix et l'équivalence des génériques.

L'éducation de nos médecins ne peut plus dépendre de l'industrie pharmaceutique, car ces cours particuliers coûtent de plus en plus cher à la collectivité.

*Alan Cassels est chercheur dans le domaine des politiques sur les médicaments à l'Université de Victoria et œuvre à titre d'expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca.*

*Une version de ce commentaire est parue dans Le Huffington Post Québec.*

**février 2012**

## SECTION 7

# Moving from innovation to improved health services for all Canadians

*Let's be more than a 'nation of pilot projects'*

KIMBERLYN MCGRAIL



The formation of an innovation working group was the major result of the provincial Premiers' meeting in January. This is a welcome idea, and the formal announcement promises collaboration, transformation — and innovation, with a focus on health professional scope of practice, limiting cross-provincial competition for those professionals, and clinical practice guidelines.

The trouble is that the list of topics selected by the premiers will do little (except indirectly) to address the fundamental challenge facing healthcare systems everywhere: controlling expenditure increases.

Existing research very clearly shows the greatest driver of increasing health costs is an ever-growing intensity of service use. People at all ages are seeing more doctors and receiving more services than ever before. Some of this increasing use may be beneficial, but research evidence also shows that there is waste and inappropriate care in the system as well.

If we want to innovate and transform our healthcare system, we need to have some sense of the direction we are moving toward. What does the ideal health system for Canada look like?

There is a general consensus emerging that Canada should be moving toward a system of integrated care with a patient-centred focus, paying particular attention to people as they move across the different parts of the system. There is also general agreement that this re-orientation can happen —

indeed has been happening, though in small steps — across the country.

This description of an ideal system has been articulated by stakeholders from across the country and across the political spectrum, from voices as diverse as Don Drummond, former chief economist with Toronto-Dominion Bank, to the Canadian Centre for Policy Alternatives. Even more encouraging is the increasing evidence that moving toward this ideal is one way to control healthcare expenditures.

There is, or at least can be, a happy coincidence of higher quality, more patient-centred care that actually costs less overall.

The origins of a desire for a truly integrated, seamless, patient-focused system are probably obvious. The need for healthcare often arises when people are in vulnerable positions, when individuals and their families are confronted with difficult news and hard choices. People deserve to be supported well in these situations by a system that is tailored to address an acute event or a new, chronic reality.

The system's need for a patient-focused orientation is also clear. A small number of people account for a large share of healthcare expenditures. This is true in health care systems everywhere. These expenses are not driven by trivial use, but by complex conditions — for example, frail older people or people with complex mental health conditions. Given the expense for these groups, even small improvements in care resulting in (for example) decreased emergency department

and acute care use, would have a significant impact on overall expenditures. This is precisely why better care and lower costs can go hand in hand.

So, what hinders innovation? One key factor is Canada's habit of being — as one former politician once described us — a nation of pilot projects.

There are plenty of innovative projects going on, but these are typically small-scale, often region-specific, and can suffer from not having clear plans for permanence if what is tried proves successful.

Enter the premiers' announcement of an innovation working group. If the premiers are committed to an innovation agenda, and the innovations they envision are to have an impact on controlling costs, the mandate for this group needs to be expanded as soon as possible.

And there are key things an inter-provincial innovation working group on healthcare ought to do, such as catalogue the current experiments across health authorities and provinces that are aimed at 'bending the cost curve,' particularly for identified population groups like the frail elderly. It should then find the evidence of success (or failure) for these initiatives, and clearly articulate what is needed to help the successful innovations spread. Finally, it could agree on how future experiments could be shared across the country. The last point is particularly important because this is where it could achieve economies of scale for innovation.

Healthcare services are not now, nor do they need to be, organized and delivered in precisely the same way across provinces. But all provinces do face similar challenges, and it is wasteful in the extreme to think that they all have to do all of their own experimentation and learning independently.

Provincial cooperation for modernizing our healthcare systems is an exciting — and timely — announcement. A commitment to cooperation is especially encouraging given the federal government's indifference to how the provinces manage their healthcare systems. Let's hope the premiers follow through and work on issues that could actually make a difference, in both the short and longer terms, for improving healthcare delivery.

*Kimberlyn McGrail is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and associate director of the UBC Centre for Health Services and Policy Research and assistant professor in the UBC School of Population and Public Health.*

*A version of this commentary appeared in iPolitics.ca and the King's County Record.*

**February 2012**

## SECTION 8

# Changes to the Canada Health Transfer mean a large windfall for some provinces, shortchange for others

*Should health transfers be paid out on a per capita basis or in a manner that addresses regional differences in health?*

LIVIO DI MATTEO



The Canada Health Transfer to the provinces has grown steadily from \$20.3 billion in 2005 and is expected to reach 28.6 billion in 2012-13 – an annual growth rate of nearly six per cent. Under the federal government's new unilateral funding formula this growth will continue until 2017-18 and then proceed in line with nominal GDP growth with a growth floor of at least 3 per cent a year.

Sounds pretty good, and simply an extension of what the provinces have become accustomed to receive from the federal government. However, there is a significant difference in how transfers will be calculated.

Starting in 2014-15, the Canada Health Transfer will be allocated on an equal per capita cash basis only. Previous payments were made on a per capita basis that included both cash and tax point transfers, meaning that the actual size of the per capita cash transfer differed across provinces. Alberta in particular was receiving substantially less cash per capita under this approach.

The move to an equal per capita cash allocation provides a particularly large windfall to Alberta.

Equity can be complex. On the one hand, equal per capita cash payments are the simplest way to distribute money and directly address the need for visible demonstration of fair treatment. However, there is a difference between equity and equality and treating everyone exactly the same may not always be fair.

The provinces are certainly not equal in their fiscal capacity. Indeed, if one looks at per capita own-source revenues, Newfoundland and Labrador, Saskatchewan and Alberta are well above the provincial average as a result of their natural resource revenues. Meanwhile, Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick and Ontario are below the average while Manitoba and British Columbia are at about the average.

The provinces are also not equal in their rates of population growth, the rates at which their population is aging, the proportion of aboriginal or immigrant population, or the incidence of various diseases. As a result, these differences can and, many would argue should, be a factor in provincial variations in per capita health spending. Indeed, per capita provincial government health spending in Canada in 2011 varied from a high of 5,064 dollars in Newfoundland and Labrador to a low of 3,434 dollars in Quebec.

## **Recognizing regional health variations**

In 2011-12, Ottawa transferred about \$58 billion in cash to the provincial and territorial governments. The three main provincial cash transfer programs are the Canada Health Transfer at \$27 billion, the Canada Social Transfer (for child, post-secondary education and social programs) at about \$12 billion and Equalization (funds for those provinces with a weaker fiscal capacity) at almost \$15 billion.

Federal health cash transfers in particular are contentious given that they have declined over time as a share of

provincial health funding. Moreover, providing them on an equal per capita cash basis does not really account for provincial diversity.

The question is: Should health transfers be paid out on a per capita cash basis or in a manner that addresses regional differences in health?

The general purpose of federal transfer payments is to assist the provinces in providing reasonably comparable levels of public services at reasonably comparable levels of taxation.

The previous health transfer formula could be considered unfair in that Alberta received substantially less cash per capita. However, both the old and new formulas can be considered unfair in that they ignore that some provincial differences in health spending are rooted in population health differences.

This is not saying that health transfers should necessarily be a venue for fiscal equalization — there is already a program for that. Rather, it makes some sense for federal health transfers to incorporate the recognition of differences in health status and population characteristics.

## **A blended formula**

Just as we acknowledge the impact of differences in fiscal capacity on the ability of provincial governments to offer reasonably comparable levels of services at reasonably comparable levels of taxation via the federal equalization

program, so do we need to recognize the impact on health spending of provincial differences in health status and population characteristics such as aging.

## **The solution?**

There should be a blended formula that combines the need for base core funding with the simple concept of fairness rooted in historic precedent – equal per capita funding – with recognition that differences in population characteristics and demographics create different regional spending pressures.

The Canada Health Transfer payment should be broken into two components. The first component should be an equal per capita cash payment recognizing the fixed costs of operating a health system with a reasonably comprehensive range of services no matter the size of the province.

The second component needs to base the payment on a formula that takes into account population growth, differences in the aged proportion of population, and perhaps even differences in the incidence of illnesses.

Only then can the federal health transfers really be fair.

*Livio Di Matteo is Professor of Economics at Lakehead University and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Windsor Star, iPolitics.ca and the Hill Times.*

**April 2012**

## SECTION 9

# Les changements apportés au transfert canadien en matière de santé représentent un gain important pour certaines provinces et un sous-financement pour d'autres

*Les transferts en matière de santé devraient-ils être versés par habitant ou en tenant compte des différences régionales touchant la santé?*

LIVIO DI MATTEO



Le Transfert canadien en matière de santé aux provinces n'a cessé de croître. S'établissant à 20,3 milliards de dollars en 2005, il devrait atteindre 28,6 milliards en 2012-2013, soit un taux de croissance annuel de près de six pour cent. Selon la nouvelle formule de financement unilatéral du gouvernement fédéral, cette augmentation se poursuivra jusqu'en 2017-2018 puis s'harmonisera à la croissance du PIB nominal avec une croissance minimale d'au moins 3 pour cent par année.

Tout ça semble très bien et paraît s'inscrire dans le prolongement de ce que les provinces se sont habituées à recevoir du gouvernement fédéral. Il y a toutefois une différence importante dans la façon dont les transferts seront calculés.

À compter de 2014-2015, les paiements de transfert du Transfert canadien en matière de santé seront alloués selon un montant égal par habitant, mais seulement pour les transferts en espèces. Auparavant, les paiements étaient alloués par habitant, mais comprenaient tant les transferts en espèces que les transferts de points d'impôt, ce qui avait pour effet de faire varier selon la province la somme réelle du transfert en espèces par habitant. L'Alberta, en particulier, recevait un montant en espèces par habitant beaucoup moins élevé tandis que selon cette approche, le Québec recevait un montant semblable à celui des autres provinces.

L'adoption d'une allocation en espèces égale par habitant représente toute une aubaine pour l'Alberta. Le Québec, lui, ne recevra pas moins qu'avant.

L'équité peut être complexe. D'une part, des paiements en espèces égaux par habitant constituent le moyen le plus simple de distribuer de l'argent tout en répondant au besoin d'assurer un traitement équitable. Il existe toutefois une différence entre l'équité et l'égalité, et traiter tout le monde exactement de la même façon n'est pas toujours équitable.

Il est évident que les provinces ne sont pas égales dans leur capacité fiscale. En effet, si l'on examine les recettes autonomes par habitant, Terre-Neuve-et-Labrador, la Saskatchewan et l'Alberta arrivent bien au-dessus de la moyenne provinciale en raison des revenus qu'elles tirent de leurs ressources naturelles. L'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec et l'Ontario sont sous la moyenne tandis que le Manitoba et la Colombie-Britannique se situent à peu près à la moyenne.

Les provinces vivent aussi certains écarts en ce qui a trait au taux de croissance et au taux de vieillissement de leur population, à la proportion de leur population autochtone ou immigrante, ou à l'incidence de certaines maladies. Par conséquent, ces différences peuvent, et selon de nombreuses personnes devraient, être prises en considération dans les variations provinciales des dépenses pour la santé par habitant. En effet, les dépenses pour la santé par habitant engagées par les gouvernements provinciaux au Canada en 2011 ont été les plus élevées à Terre-Neuve-et-Labrador (5 064 dollars) et les moins élevées au Québec (3 434 dollars).

## **La reconnaissance des différences régionales en matière de santé**

En 2011-2012, Ottawa a transféré environ 58 milliards de dollars en espèces aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Les trois principaux programmes de transfert aux provinces sont le Transfert canadien pour la santé, qui atteint 27 milliards de dollars, le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (pour les enfants, l'éducation postsecondaire et les programmes sociaux), qui se chiffre à environ 12 milliards de dollars, et la péréquation (fonds destinés aux provinces qui ont une capacité fiscale plus faible), qui atteint presque 15 milliards de dollars.

Les paiements de transfert en espèces pour la santé du gouvernement fédéral sont particulièrement controversés, car leur part du financement de la santé des provinces a diminué au fil du temps. En outre, les allouer selon un montant en espèces égal par habitant ne tient pas vraiment compte de la diversité des provinces.

La question est la suivante : « Les transferts pour la santé devraient-ils être payés selon un montant en espèces égal par habitant ou de manière à tenir compte des différences régionales en matière de santé? »

L'objectif général des paiements de transfert fédéraux est d'aider les provinces à offrir des niveaux raisonnablement comparables de services publics à des niveaux raisonnablement comparables d'imposition.

La formule antérieure de calcul des paiements de transfert en matière de santé pouvait être considérée comme inéquitable en ce sens que l'Alberta recevait beaucoup moins d'argent par habitant. Cependant, tant l'ancienne formule que la nouvelle peuvent être considérées comme inéquitables parce qu'elles ne tiennent pas compte du fait que certaines différences dans les dépenses provinciales pour la santé découlent de différences dans la santé de la population.

L'idée n'est pas d'affirmer que les transferts pour la santé devraient nécessairement servir à la péréquation fiscale — un tel programme existe déjà, mais plutôt de reconnaître qu'il serait sensé que les transferts fédéraux pour la santé tiennent compte des différences dans l'état de santé et les caractéristiques de la population.

## Une formule mixte

Tout comme nous reconnaissons l'effet des différences dans la capacité fiscale sur la capacité des gouvernements provinciaux d'offrir des niveaux raisonnablement comparables de services à des niveaux d'imposition raisonnablement comparables au moyen du programme fédéral de péréquation, nous devons reconnaître l'effet des différences dans l'état de santé et les caractéristiques de la population, comme le vieillissement, des diverses provinces sur les dépenses pour la santé.

## La solution?

La formule devrait être mixte afin de répondre au besoin d'avoir un financement de base avec un concept simple

d'équité venant d'un précédent historique — un montant égal de financement par habitant — et de reconnaître que les différences dans les caractéristiques et la démographie de la population exercent des pressions différentes sur les dépenses régionales.

Le Transfert canadien pour la santé devrait être subdivisé en deux composantes. La première serait un paiement en espèces égal par habitant qui reconnaît les coûts fixes liés à l'administration d'un système de santé comportant une gamme raisonnablement complète de services, quelle que soit la taille de la province.

La deuxième composante doit faire reposer le paiement sur une formule tenant compte de la croissance de la population, des différences dans la proportion de personnes âgées et peut-être même des différences dans l'incidence des maladies.

C'est uniquement ainsi que les transferts fédéraux pour la santé peuvent être vraiment équitables.

*Livio Di Matteo* est professeur d'économie à l'Université Lakehead et expert-conseil à EvidenceNetwork.ca.

*Une version de ce commentaire est parue dans L'Aut' Journal.*

**avril 2012**

# Hip and knee implants need improved monitoring, assessment

*Hip and knee replacement surgeries a billion dollar a year industry in Canada*

ERIC BOHM



Hip and knee replacement surgeries are among the most cost effective medical interventions developed, with the vast majority of patients enjoying a greatly improved quality of life as a result. They are also among the most popular surgeries. You might be surprised to learn that Canada's yearly 75,000 joint replacements, at an estimated \$15 000 each, cost the public health system about \$1.125 billion dollars annually — not an insignificant amount.

The expenditures don't end there: in the first year following elective hip or knee replacement surgery hospitalization usage can increase by as much as 50 per cent. In the 15 years following surgery, about 10 per cent of hip and knee replacements have to be redone due to wear, dislocation, infection and other problems.

So you might also be surprised to learn that this billion dollar a year industry — with follow up expenditures — has few or poor mechanisms for implant monitoring and assessment. There is no systematized mechanism in place to follow the clinical track record of new implants that come on the market, there is still difficulty predicting who will do well (or poorly) with surgery, and there is little ability to quickly identify and recall poorly performing implants.

We know this can — and should — be done. After all, the automotive industry already does a pretty good job of this.

Exact specifications for a car manufacturer's products are readily available, the dealer's wholesale cost is readily accessible online, organizations such as Consumer Reports

and JD Power provide independent prospective assessment of vehicle quality, car dealers relentlessly bombard recent customers with satisfaction surveys, manufacturers closely track warranty repairs to identify problematic design or manufacturing issues, and customers are readily contacted should their vehicle be subject to a recall.

A similar quality loop does not exist for hip and knee replacement implants. And it should.

At present, new implants are generally tested by manufacturers using ‘in-house’ laboratory facilities, with the results being submitted to regulatory bodies as part of a process that largely depends on the new implant being similar enough to an old implant that clinical testing isn’t required for approval.

Implant costs, while generally low in Canada overall, can vary from hospital to hospital, and region to region, and purchasing agreements typically forbid the sharing of price information. Information on a surgeon’s or hospital’s joint replacement surgery outcomes typically do not exist, are not accessible, or do not exist in a format that is meaningful to a patient or a surgeon.

What little data that exists on the clinical outcome and survivalship of a particular hip or knee replacement device typically comes from small studies conducted in highly specialized centers where one would expect above average outcomes, or from large national registries (outside of Canada) that track only the longevity of the device.

If a problem is discovered with a particular hip or knee replacement implant, identifying and contacting patients is usually an error prone process of manually reviewing hospital charts one by one. This leaves patients and surgeons vulnerable.

These issues — which can cost the public health system untold amounts, and affect patient quality of life — can all be addressed.

Regulatory bodies such as Health Canada and the FDA can require independent wear testing of new implants, along with clinical data from properly constructed trials to ensure at least clinical equivalency to current implants.

All hospitals in Canada should submit their hip and knee replacement data to the Canadian Joint Replacement Registry (CJRR) so that the longevity of the various types of implants used in Canada can be monitored. This will assist greatly in identifying both superior and inferior implants in a timely fashion, facilitate the identification of patients who may have received a recalled implant, and provide information on how provider and patient characteristics affect outcome.

Ontario has made CJRR participation mandatory, BC and Manitoba are looking to follow suit — the rest of the provinces need to get on board.

Implant cost information also needs to be more transparent; prices should not vary by hospital nor by manufacturer for similar designs. Finally, hospitals and surgeons need to

ensure that good quality data on the care they provide is routinely collected, and that this data is incorporated into ongoing quality improvement. This has started in various locations across Canada, but needs to be expanded. The CJRR has started producing region and hospital specific reports, but these need to be strengthened through routine, mandatory data collection across Canada.

Hip and knee replacements are amongst the most successful modern medical interventions developed. With a bit of coordinated effort, we can continue to improve the quality and accessibility for all Canadians.

*Eric Bohm is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and an Orthopaedic Surgeon with the Concordia Joint Replacement Group in Winnipeg Manitoba. He is also an associate professor at the University of Manitoba.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Winnipeg Free Press, Montreal Gazette and Vancouver Sun.*

**May 2012**

# Une amélioration de la surveillance et de l'évaluation des prothèses de la hanche et du genou s'impose

*Les arthroplasties de la hanche et du genou : une industrie d'un milliard de dollars par année au Canada*

ERIC BOHM



Les arthroplasties, ou remplacements articulaires, de la hanche et du genou comptent parmi les interventions médicales les plus économiques et elles procurent à la grande majorité des personnes qui les subissent une bien meilleure qualité de vie. Elles figurent également parmi les chirurgies les plus populaires. Vous serez peut-être surpris d'apprendre que les 75 000 remplacements articulaires effectués chaque année au Canada, au coût estimatif de 15 000 \$ chacun, coûtent au régime de santé publique environ 1 125 milliards de dollars annuellement — ce qui n'est pas peu dire.

Les dépenses ne s'arrêtent pas là : au cours de la première année suivant une arthroplastie non urgente de la hanche ou du genou, le recours à l'hospitalisation peut augmenter d'au moins 50 %. Dans les quinze années suivant la chirurgie, environ 10 % des remplacements de hanche et de genou doivent être refaits en raison de l'usure, d'une dislocation, d'une infection ou d'autres problèmes.

Alors vous serez peut-être aussi surpris d'apprendre que cette industrie d'un milliard de dollars par année — avec des dépenses de suivi — dispose de mécanismes insuffisants ou inadéquats de surveillance et d'évaluation des prothèses. Ainsi, aucun mécanisme n'est en place pour faire le suivi du rendement clinique des nouvelles prothèses mises en marché, il est toujours difficile de prédire qui réagira bien (ou mal) à la chirurgie, et la capacité de rappeler les prothèses défectueuses est toujours très limitée.

Nous savons que cela peut— et devrait — être fait. Après tout, l'industrie automobile fait déjà tout ça très bien.

Il est facile d'obtenir les spécifications exactes des produits d'un fabricant automobile; le prix de gros des concessionnaires est rapidement accessible en ligne; les organisations comme Consumer Reports et JD Power fournissent des évaluations prospectives indépendantes de la qualité des véhicules; les concessionnaires d'automobiles ne cessent de bombarder les nouveaux acheteurs de sondages de satisfaction; les fabricants surveillent de près les réparations couvertes par la garantie afin de relever tous les problèmes de conception ou de fabrication; et les clients sont rapidement avisés en cas de rappel de leur véhicule.

Ce genre de boucle de qualité n'existe pas pour les prothèses de hanche et de genou alors qu'elle le devrait.

Actuellement, les nouvelles prothèses sont mises à l'essai par les fabricants dans leurs propres laboratoires et les résultats sont soumis aux organismes de réglementation dans le cadre d'un processus où de façon générale, il n'est pas nécessaire d'avoir soumis les prothèses à des essais cliniques si elles sont suffisamment semblables à des prothèses déjà existantes.

Les coûts des prothèses, même s'ils sont généralement bas au Canada, peuvent varier d'un hôpital à l'autre ainsi que d'une région à l'autre, et les conventions d'achat interdisent généralement la communication des renseignements relatifs aux prix. Les données sur les résultats d'une arthroplastie par chirurgien ou chirurgienne, ou par hôpital n'existent

généralement pas, ne sont pas accessibles ou n'existent pas sous une forme compréhensible pour la personne qui a subi une chirurgie ni celle qui l'a effectuée.

Le peu de données qui existent sur l'avantage clinique et la longévité d'une prothèse de hanche ou de genou sont généralement tirées de petites études réalisées par des centres hautement spécialisés où on peut s'attendre à des résultats supérieurs à la moyenne ou de grands registres nationaux (d'autres pays que le Canada) qui ne suivent que la longévité de la prothèse.

Si on se rend compte qu'une certaine prothèse de la hanche ou du genou présente un problème, on devra généralement déterminer quels patients l'ont reçu et communiquer avec ces personnes en passant en revue les dossiers d'hôpital un par un. Ce processus est assurément sujet à l'erreur et rend les patients et les chirurgiens vulnérables.

On peut s'attaquer à tous ces problèmes, qui peuvent être très couteux pour le régime de santé publique et nuire à la qualité de vie des patients.

Les organismes de réglementation comme Santé Canada et la FDA aux États-Unis peuvent exiger que les nouvelles prothèses fassent l'objet de tests à l'usure indépendants et que l'on fournisse à leur égard des données cliniques tirées d'essais bien construits afin d'assurer au moins l'équivalence clinique des nouvelles prothèses avec celles qui existent déjà.

Tous les hôpitaux au Canada devraient envoyer leurs données sur les arthroplasties de la hanche et du genou au Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) afin que la longévité des divers types de prothèses utilisées au Canada puisse être surveillée. Cette mesure sera très utile pour aider à déterminer rapidement les prothèses de meilleure qualité et celles de qualité inférieure, et renseignera sur l'effet des caractéristiques des fournisseurs et des patients sur les résultats.

L'Ontario a rendu la participation au RCRA obligatoire, tandis que la C.-B. et le Manitoba comptent lui emboîter le pas. Les autres provinces doivent faire de même.

L'information sur les coûts des prothèses doit aussi être plus transparente; les prix des modèles semblables ne devraient pas varier selon l'hôpital ou le fabricant. Enfin, les hôpitaux et les chirurgiens et les chirurgiennes doivent s'assurer que des données de qualité sur les soins fournis sont recueillies automatiquement et servent à l'amélioration continue de la qualité. Divers établissements au Canada ont déjà commencé à le faire, mais il faut qu'un plus grand nombre s'y mettent aussi. Le RCRA a commencé à produire des rapports spécifiques à une région ou à un hôpital, mais la contribution à ces rapports doit être accrue en rendant obligatoire la collecte des données partout au Canada.

Les arthroplasties de la hanche et du genou sont parmi les interventions médicales qui affichent les plus hauts taux de réussite. Avec un peu d'efforts concertés, nous pouvons

continuer d'améliorer leur qualité et leur accessibilité pour tous les Canadiens et les Canadiennes.

*Eric Bohm est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca et chirurgien orthopédiste au Concordia Joint Replacement Group à Winnipeg, au Manitoba. Il est également professeur agrégé à l'Université du Manitoba.*

**mai 2012**

# Learning from European and U.S. healthcare

JASON SUTHERLAND AND NADYA REPIN



There's been a seismic shift in health policy taking place in Canada that has been largely ignored by the mainstream media and gone unnoticed by the general public. Provinces are starting to change the way they fund hospitals. This is no small change and will directly affect the care patients receive — potentially improving access to hospital care.

Ontario and British Columbia, for example, have announced initiatives to fund hospitals partially based on the services they provide and the characteristics of the patients they treat. It seems intuitive to pay hospitals for what they do, but our rural-urban divide, how we arrange specialty care in big cities, and limits to the amount we want to spend on hospital care, complicate the issue.

Under the current 'global budget' approach used in all provinces, hospitals receive a fixed funding amount, regardless of the types of patients they treat. The value of this approach is the power to restrain growth in hospital spending.

So what's the problem? In a word, inertia.

Since exceeding budgets is penalized in the traditional hospital funding model, hospitals typically avoid adding services that may increase costs, which means hospitals don't aggressively attack wait times for fear of running up a deficit.

The belief was that, in order to improve care and reduce wait times, we needed to increase staff and hospital beds. This is

the most expensive option and such a move would empty provincial coffers quickly.

It's also unnecessary.

We now have good data that indicates we are not using our current hospital beds effectively. We have too many patients in beds that can be safely discharged home — in some regions, above 15 per cent of beds are currently occupied by those who no longer need to be in hospital — translating into thousands of 'extra' hospital beds.

The changes to hospital funding in Ontario and B.C. tackle inertia head-on and employ approaches used around the world. Known as activity-based funding (ABF), hospitals are paid for the kind of care they deliver and the complexity of the patients that are cared for. This approach is 'equal pay for equal work,' and creates incentives for hospitals to discharge patients more quickly, since new patients generate additional revenue for the hospitals.

There are legitimate concerns among stakeholders that under the ABF model patients will be discharged 'quicker and sicker.'

This particular phrase was borrowed from early evaluations in the U.S. that indicated that elderly patients were discharged sooner under the ABF model. The same concerns are now echoing across the Canadian healthcare landscape in response to ABF policies in Ontario and B.C.

First, do the financial incentives of ABF shorten patient hospital stays? While not all patients stay a shorter time in hospital under this system, there is good evidence from many countries that, on average, the duration of hospitalization shortens. This results in more patients treated per bed and improved access to hospital care. A panel study of 28 countries that moved from global budgets to ABF reported a reduction of 3.5 per cent in average length of hospital stay.

The evidence regarding the effectiveness of ABF is consistent — health systems that implement ABF for hospital funding tend to experience shorter lengths of stay which lowers wait times in the system.

That's 'quicker,' but what about 'sicker'?

A criticism leveled against ABF is that it creates incentives for hospitals to shorten lengths of stays to the point where patients' safety and quality of care are jeopardized. In other words, patients being discharged from hospital before they are healthy enough to go home.

Canada, as a late-comer to this type of hospital funding, can learn from the evidence from other countries that have adopted similar policies. Evidence from the U.S. indicates patients in ABF hospitals are discharged in less stable condition, but that processes of care have improved and mortality rates are unaffected.

Findings from the UK and other European countries are more positive: there is no association with increased mortality in

the ABF model, and even some reports of lower mortality. Recent work is even suggesting that ABF may encourage hospitals to provide higher quality care to reduce costly complications or readmissions.

So, while some patients are discharged earlier and possibly in less stable condition, patients do not appear to return to hospital more often (readmissions) or die prematurely.

‘Quicker,’ yes, but not ‘sicker.’

Hospitals provide the most expensive type of care in our health system and are hungry for new sources of funding. While this change is one successfully used elsewhere to expand access, in Canada we will still have to make sure that quality of care doesn’t suffer — nor should priority access be granted to ‘profitable’ patients.

Other provinces are vigilantly watching the experiments in Ontario and B.C. It’s been decades since the status quo has been challenged. If access improves, quality is unaffected, and cost growth is moderate, other provinces will surely be tempted to follow a similar path.

*Jason Sutherland is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and Assistant Professor at the Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. Nadya Repin is a research coordinator with the Centre for Health Services and Policy Research, UBC.*

*A version of this commentary appeared in the Winnipeg Free Press, Montreal Gazette and the Victoria Times Colonist.*

**June 2012**

# La réforme du financement des hôpitaux favorise un accès plus rapide aux soins sans miner la santé des patients

JASON SUTHERLAND ET NADYA REPIN



## Les apprentissages que le Canada devrait tirer de l'expérience états-unienne et européenne

Un virage à 180 degrés est en cours au Canada en ce qui a trait aux politiques en matière de santé. Ignorés des grands médias, ces changements passent inaperçus aux yeux du grand public. Les provinces sont en voie de transformer la façon dont elles financent les hôpitaux. Il s'agit d'un coup de barre majeur qui aura un impact sur les soins aux patients et qui pourrait potentiellement améliorer l'accès aux soins hospitaliers.

Par exemple, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont annoncé la mise en place d'initiatives de financement des hôpitaux qui s'appuieront en partie sur les services offerts et les problèmes de santé traités. Le financement des hôpitaux selon les services qu'ils dispensent semble tout à fait logique, mais la division que nous établissons entre le rural et l'urbain, la façon dont nous cantonnons les soins spécialisés dans les grandes villes et les limites que nous imposons quant aux sommes que nous consacrons aux soins hospitaliers ajoutent des écueils au dossier.

Selon l'approche du « budget global » en place dans les provinces, les hôpitaux reçoivent un financement fixe, peu importe la condition des patients traités. La valeur de cette approche réside dans le fait qu'elle prévient l'augmentation des coûts en milieu hospitalier.

Alors, quel est le problème? Et bien il se résume en un mot : l'inertie.

Le modèle traditionnel de financement des hôpitaux pénalise les budgets déficitaires. Les hôpitaux évitent donc d'ajouter des services, ne voulant pas augmenter les coûts. Cela a pour conséquence le refus des hôpitaux de s'attaquer énergiquement au problème des temps d'attente, par crainte d'essuyer un déficit.

Selon les croyances, les soins peuvent être améliorés et les temps d'attente réduits si nous augmentons les effectifs et le nombre de lits. Cette option serait la plus coûteuse et aurait vite fait de vider les coffres des provinces.

De plus, il n'est pas nécessaire de procéder ainsi.

Des données crédibles indiquent que nous n'utilisons pas les lits d'hôpitaux dont nous disposons actuellement de façon efficace. Un trop grand nombre de patients qui sont en état de recevoir leur congé occupent présentement des lits. Dans certaines régions, plus de 15 pour cent des lits sont occupés par des personnes qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers. Cette situation prive le système de santé de milliers de lits « supplémentaires ».

Les changements mis en place au chapitre du financement des hôpitaux en Ontario et en Colombie-Britannique s'attaquent à l'inertie de façon musclée et reposent sur des approches mises en œuvre partout dans le monde. Connue sous le nom de « financement par activité », ce modèle préconise le financement des hôpitaux selon les types de soins qu'ils dispensent et la complexité des troubles traités. Cette approche repose sur la notion d'« un travail égal pour un

salaire égal » et incite les hôpitaux à donner aux patients leur congé plus rapidement, puisque l'arrivée de nouveaux patients leur apporte des revenus supplémentaires.

Les parties concernées éprouvent certaines inquiétudes légitimes et craignent que le modèle de financement par activité n'entraîne une situation où les patients recevront leur congé plus rapidement sans être suffisamment guéris.

Les premières évaluations de ce modèle réalisées aux États-Unis ont forgé l'expression « quicker and sicker » [plus vite, plus malade], indiquant que sous le modèle de financement par activité, les patients âgés recevaient leur congé plus rapidement. C'est au tour du milieu de la santé canadien à éprouver certaines inquiétudes à la suite de la mise en place de politiques de financement par activité en Ontario et en Colombie-Britannique.

Dans un premier temps, les incitatifs financiers qu'offre le financement par activité diminue-t-il le temps de séjour à l'hôpital? Ce ne sont pas tous les patients qui reçoivent leur congé plus rapidement sous ce système mais il existe des données probantes en provenance de nombreux pays confirmant qu'en moyenne, les séjours en hôpital sont de moins longue durée. Il y a donc une augmentation du nombre de patients traités par lit et un plus grand accès aux soins hospitaliers. Une étude menée par un groupe de travail auprès de 28 pays qui sont passés du budget global au financement par activité a constaté une réduction de la durée des séjours hospitaliers moyens de 3,5 pour cent.

Les preuves quant à l'efficacité du modèle de financement par activité sont concordantes et confirment que les systèmes de santé qui adoptent cette approche pour financer les hôpitaux ont tendance à voir une diminution de la durée des séjours en milieu hospitalier, ce qui diminue les temps d'attente pour leurs services.

Voilà pour « plus rapide ». Mais qu'en est-il de « sans miner la santé des patients » ?

Le modèle de financement par activité a fait l'objet d'une certaine critique, qui est la suivante. Ce modèle incite les hôpitaux à diminuer la durée des temps d'hospitalisation, ce qui pourrait mettre en péril la sécurité des patients et la qualité des soins dispensés. En d'autres termes, cela pourrait entraîner une situation où les patients reçoivent leur congé avant qu'ils ne soient suffisamment rétablis.

Le Canada vient tout juste de s'initier à ce modèle de financement des hôpitaux et il peut tirer des apprentissages des données probantes relevées dans d'autres pays qui ont intégré cette approche. Notamment, des données probantes relevées aux É.-U. indiquent que les patients qui séjournent dans des hôpitaux financés par activité reçoivent leur congé alors que leur état de santé n'est pas assez stable. Par ailleurs les processus de soins ont été améliorés et les taux de mortalité ne diffèrent pas.

Des études provenant du Royaume-Uni et d'autres pays européens sont plus positives et indiquent qu'elles n'ont relevé aucune augmentation des taux de mortalité liée au

modèle de financement par activité. Certaines recherches indiquent même une diminution de la mortalité, et d'autres suggèrent que la mise en place d'un tel modèle incite les hôpitaux à offrir de meilleurs soins pour réduire les complications ou les réadmissions coûteuses.

Donc, bien que certains patients reçoivent leur congé plus rapidement alors que leur état de santé est encore instable, l'ensemble des patients ne semble pas revenir à l'hôpital plus souvent (réadmissions) ou mourir de façon prématurée.

Assurément « plus rapide », mais « sans miner la santé des patients ».

Les hôpitaux dispensent les types de soins les plus coûteux offerts par notre système de santé et sont toujours à la recherche de nouvelles sources de financement. Ce virage, qui vise à améliorer l'accès aux soins, a remporté un succès à l'étranger. Par ailleurs, au Canada, nous devons veiller à la bonne qualité des soins et nous assurer que la priorité d'accès ne soit pas accordée aux patients « rentables ».

D'autres provinces observent attentivement l'expérience en cours en Ontario et en C.-B. Le statu quo règne depuis des décennies. Si l'accès peut être amélioré, la qualité des soins préservée et l'augmentation des coûts maintenue à un taux modéré, d'autres provinces seront sûrement tentées d'emboîter le pas.

*Œuvrant à titre d'expert-conseil auprès d'Évidence Network.ca, Jason Sutherland est chargé d'enseignement au*

*Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique. Nadya Repin est coordonnatrice de la recherche, également au Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique.*

**juin 2012**

# Transforming the way we deliver healthcare

*Nurse-led care is the solution*

GINA BROWNE



Our healthcare system is based on an on-demand model of physicians and hospitals providing acute and episodic care. While this system works well for the vast majority of citizens, it is a poor match for many of those with chronic diseases.

As a nurse and an academic, my particular interest is examining how health and social services can work together to improve people's lives — and contain costs. In my view, problems arise when circumstances in the world change and conventional wisdom does not; the increasing prevalence of chronic illnesses among the Canadian population is a circumstance to which our health system has not yet adapted.

The truth is, a very few people use most of our expensive healthcare resources.

As part of a series of reports that formed the findings of the **Canadian Nurses Association National Expert Commission**, myself and my colleagues highlight that the small proportion of the population that use a disproportionate amount of current healthcare services are people with chronic illnesses, such as diabetes, heart disease, stroke, arthritis and asthma.

Within that group, however, we discovered that it is the poor, and a subgroup with a co-existing mental health issue (anxiety, depression, substance abuse, personality disorder, schizophrenia, dementia), who are the most frequent healthcare seekers.

For example, we learned that in 2010 only one per cent of the Ontario population (about 130,000 people) used 49 per cent

of hospital and home care services. And that only five per cent of the population (about 650,000 people) used 84 per cent of those services. These statistics are mirrored across the country.

In our study, we asked how well these individuals are served by their many visits to emergency wards, stays in hospital and visits to family and specialist doctors, and explored whether they could be better served by other, less costly, models of care.

In other words: how can we transform the way we deliver care?

We found that proactive, targeted nurse-led care that focuses on supporting patients to manage their own chronic illness and circumstances is a better model than ‘usual’ on – demand hospital and physician-led care. Other quality evaluations have found that nurse-led care is either more effective and equally or less costly than the current ‘usual care,’ or equally effective and less costly.

Such nurse-led models of care can save millions of healthcare dollars a year by reducing hospital readmissions for those with chronic illness.

For example, a 10 per cent reduction in the \$8 billion spent on acute care in Ontario for the one per cent of citizens who account for almost half of hospital and home care spending could result in a potential savings of \$800 million a year —

money that could be used for managing chronic diseases in the community or at home.

Research has also shown that a post-hospital discharge program for patients who have been hospitalized for congestive heart failure can cut hospital readmissions by more than 60 per cent. Similarly, a primary care asthma intervention program yielded 50 per cent fewer emergency visits.

Beyond the issue of cost-effectiveness, a nurse-led proactive, comprehensive model of health and social care makes sense because nurses, more than any other healthcare professional, have been trained to manage patient health, and include the social circumstances that determine health in general. They are also trained to identify specific situations that require more expert input from members of the care team.

For the past 50 years, we have had an insured on-demand physician-led model focused on episodic acute care. For people with multiple chronic conditions, it’s time to test the value of a nurse-led model, with a physician as one member of a team. Every member of the team can then do what they do best, with nurses enlisting all the health and social services that can augment the determinants of a person’s overall health.

In July, Canada’s provincial and territorial premiers will be meeting as the Council of the Federation and a report from the federation’s healthcare innovation working group will be on the agenda.

We hope that this different model of care, with nurses at the forefront, will be explored and endorsed for addressing the growing needs — and costs — of patients with multiple chronic illnesses.

*Gina Browne is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor with McMaster University's Faculty of Health Sciences. She is co-author of a report, **Better Care: An Analysis of Nursing and Healthcare System Outcomes** that is available on the website of the Canadian Health Services Research Foundation.*

*A version of this commentary appeared in the Halifax Chronicle Herald, Vancouver Sun and the Winnipeg Free Press.*

**July 2012**

# Vers une nouvelle approche de la prestation des soins de santé

*La solution : des soins dirigés par le personnel infirmier*

GINA BROWNE



Notre système de santé repose sur un modèle « à la demande », dans lequel les médecins et les hôpitaux fournissent des soins épisodiques et de courte durée. Ce système convient à la vaste majorité des citoyens, mais il répond mal aux besoins d'un bon nombre de personnes aux prises avec des maladies chroniques.

En tant qu'infirmière et universitaire, je m'intéresse en particulier à la manière dont les services sociaux et de santé peuvent s'harmoniser pour améliorer la vie des gens — et limiter les coûts. Selon moi, des problèmes surviennent quand les choses changent autour de nous, sans qu'évolue la sagesse populaire. Ainsi, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques au sein de la population canadienne est une situation à laquelle notre système de santé ne s'est pas encore adapté.

À vrai dire, nos coûteuses ressources de soins de santé ne bénéficient qu'à une très petite minorité.

Dans une série de rapports présentant les résultats des travaux de la Commission nationale d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, moi-même et mes collègues soulignons, entre autres, que la petite partie de la population qui utilise une part disproportionnée des services de santé actuels est constituée de personnes atteintes de maladies chroniques, telles que le diabète, les affections du cœur, les accidents cérébrovasculaires, l'arthrite et l'asthme.

Parmi ce groupe, toutefois, nous avons découvert que les pauvres, et un sous-groupe présentant des problèmes de santé

mentale concomitants (anxiété, dépression, toxicomanie, troubles de la personnalité, schizophrénie, démence), sont ceux qui font le plus fréquemment appel à des soins de santé.

Par exemple, nous avons appris qu'en 2010, seulement 1 % de la population de l'Ontario (environ 130 000 personnes) utilisait 49 % des services hospitaliers et à domicile. Et que seulement 5 % de la population (environ 650 000 personnes) utilisait 84 % de ces services. La même tendance est observable d'un bout à l'autre du pays.

Dans notre étude, nous avons vérifié jusqu'à quel point ces personnes sont bien servies par leurs nombreuses demandes de soins — visites aux salles d'urgence, séjours à l'hôpital, rendez-vous chez des médecins de famille et spécialistes — et nous avons exploré d'autres modèles de soins susceptibles de mieux les servir à moindre coût.

Comment, autrement dit, pouvons-nous transformer notre manière de fournir des soins?

Nous avons découvert que des soins proactifs et ciblés, dirigés par le personnel infirmier et visant à soutenir les patients dans la prise en charge de leur propre maladie chronique ainsi que des circonstances qui s'y rapportent est un meilleur modèle que le modèle « habituel » des soins à la demande dirigés par les hôpitaux et les médecins. D'autres évaluations qualitatives ont révélé que, par rapport aux « soins habituels », les soins dirigés par le personnel infirmier sont soit plus efficaces et à coût égal ou inférieur, soit aussi efficaces et à coût moindre.

Ces modèles de soins dirigés par le personnel infirmier peuvent permettre d'économiser chaque année des millions de dollars consacrés aux soins de santé, en réduisant les réadmissions des personnes atteintes de maladies chroniques dans les hôpitaux.

Par exemple, en Ontario, une réduction de 10 % des 8 milliards de dollars alloués aux soins de courte durée dont bénéficie le 1 % des citoyens auquel est destinée presque la moitié des dépenses pour des soins à l'hôpital ou à domicile pourrait conduire à une économie potentielle annuelle de 800 millions de dollars — une somme qui pourrait être orientée vers la prise en charge des maladies chroniques dans la communauté ou à domicile.

Les recherches ont aussi montré qu'un programme de suivi posthospitalisation à l'intention des patients hospitalisés à la suite d'une défaillance cardiaque pouvait diminuer de plus de 60 % les réadmissions parmi ces personnes. On a aussi observé qu'un programme de soins de première ligne pour les patients asthmatiques réduisait de 50 % les visites à l'urgence.

Au-delà de la question de l'efficience, un modèle de services sociaux et de santé proactif, global et dirigé par le personnel infirmier représente une approche cohérente, car les infirmières et infirmiers, plus que tout autre professionnel de la santé, sont formés pour prendre en charge la santé des patients, en tenant compte des circonstances sociales qui déterminent la santé en général. Le personnel infirmier est aussi formé pour reconnaître les situations particulières qui

requièrent le recours à d'autres experts membres de l'équipe de soins.

Au cours des 50 dernières années, nous avons compté sur un modèle de services de santé assurés et à la demande, dirigés par le médecin et axés sur les soins épisodiques et de courte durée. Pour les personnes qui souffrent de diverses affections chroniques, il est temps de sonder la valeur d'un modèle dirigé par le personnel infirmier et dans lequel le médecin est l'un des membres de l'équipe. Chaque membre de l'équipe peut dès lors se consacrer à ce qu'il fait le mieux, les infirmières et les infirmiers étant en mesure de mobiliser tous les services sociaux et de santé susceptibles d'améliorer, compte tenu de ses déterminants, la santé générale d'une personne.

En juillet, les premiers ministres des provinces et des territoires du Canada participeront à une rencontre du Conseil de la fédération, et un rapport du groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, créé par le Conseil, figurera à l'ordre du jour.

Nous espérons que ce modèle de soins différent, où le personnel infirmier joue un rôle de premier plan, sera exploré et endossé en tant que réponse aux besoins croissants — et aux coûts — des patients atteints de multiples maladies chroniques.

*Gina Browne est conseillère experte associée au réseau EvidenceNetwork.ca et professeure à la Faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster. Elle est coauteure du*

*rapport De meilleurs soins: une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé, disponible sur le site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.*

**juillet 2012**

# Provinces must stand together on drug purchases

MARC-ANDRÉ GAGNON



At the recent Council of the Federation meeting, Canadian provinces (except Quebec) announced that they will begin bulk-buying different generic drugs to reduce healthcare costs. They also flagged the need to both expand and accelerate group pricing on brand name pharmaceuticals.

This is a long time coming and a step in the right direction. Now, we need to see solid action and not good intentions or half measures. Early attempts at similar programs, for example, were close to failure.

In September 2010 all of the provinces except Quebec announced their intent to create an alliance for the bulk purchasing of the most expensive prescription drugs. Since then, only two products have been purchased this way.

Considering that more than 60 new patented drugs enter the Canadian market every year, not to mention numerous generic products, it is pretty clear that the bargaining power obtained through this first attempt at a bulk purchasing alliance was disastrous.

As the Council of the Federation's own report now suggests, bulk-purchasing is not an option anymore, it is a necessity.

Until 2006-2007, the 'official price' of prescription drugs was the price that the purchaser would normally pay. Since then, many drug companies have developed a new global strategy: inflate the official price of their drugs and then secure agreements with individual purchasers by negotiating rebates.

Getting rebates on prices is now the norm, not the exception.

Why this new strategy? In 2006, the U.S. Medicare program (providing healthcare coverage for seniors) agreed with pharmaceutical companies that they would not use their huge bargaining power to negotiate rebates on prescription drugs — Medicare would pay the official price, whatever it may be.

The indirect result: an incentive for pharmaceutical companies to inflate official prices, even if it means negotiating rebates afterwards for other purchasers.

The U.S. Congressional Budget Office estimates that Medicare will spend an additional \$112 billion in the next 10 years because of the inflated official pricing of pharmaceuticals. This amounts to a kind of corporate welfare for pharmaceutical companies — hardly the neediest of businesses — borne by the American taxpayer.

Canada could find itself in the same position if it does not flex its collective muscle. In other words, an effective drug bulk-purchasing strategy is now imperative.

That's not what we've done so far.

Instead of developing a real national strategy, most provinces (except Quebec and Newfoundland and Labrador) decided to concentrate only on stand alone agreements for very expensive brand-name prescription drugs, through what are called 'product listing agreements' (PLAs). The idea is simple: the province lists the official ex-factory price in its formulary

but secures important confidential rebates for its public drug plan.

In addition to a lack of transparency, the problem with this way of doing business is that is it not good for everyone. Patients who pay for drugs out-of-pocket, or those who pay a co-insurance or a deductible, are still paying the full price. PLAs are also detrimental to private drug plans — the costs of which are typically borne by employees — since private plans will still have to pay the full price.

In other words, savings are secured only for some, and not for all, Canadians.

Some pharmaceutical companies also employ another tactic, commonly known as 'whip-sawing.' Companies secure a PLA with one province, say Ontario, by offering the province the largest rebate possible. They then pressure other provinces to list the product through a PLA offering at a much lower rebate. The other provinces have little choice than to pay the higher price because patient advocacy groups will accuse it of offering sub-standard treatment compared to Ontario.

By choosing to stand alone in the way that they have purchased prescription drugs in the past, provinces collected some crumbs in terms of savings, but they consolidated a system that remains inefficient and inequitable for Canadian workers and patients. It also disproportionately disadvantages the smaller provinces which, alone, will never be able to obtain the same savings from PLAs as their larger cousins.

Every new drug in Canada should be purchased through a national bulk-purchasing agency to maximize savings for the benefit of all Canadians.

In fact, the smartest path would be to establish a national drug plan with no deductible or co-insurance payment, which will ensure equity of funding and access to essential medicines for all Canadians.

Nothing is restraining Canadian governments from exploring the possibility to stand together by implementing a bulk-purchasing agency at the national level — as their own report highlights.

The other possibility is for our governments to choose to do nothing, and act like deer in the headlights, while pharmaceutical companies reap ever larger profits — and patients pay.

*Marc-André Gagnon is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and assistant professor with the School of Public Policy and Administration at Carleton University.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Montreal Gazette and the Globe and Mail.*

**July 2012**

# For once, let's be thankful to our 'big brother' in Ottawa

*Shorter mortgage amortization periods good public policy*

ROBERT BROWN



Could Canada could slip into the same traps that befell the American economy in 2008-2009? Some pundits are sounding the alarm bells — at least on the housing front.

Clearly the Canadian government is worried about the debt levels being carried by the average Canadian household. As their latest salvo, Finance Minister Jim Flaherty announced that for those Canadians who cannot pay 20 per cent down on the value of their home, the longest mortgage amortization period they can now get will be 25 years, down from the existing maximum of 30 years.

The announcement was greeted with mixed reviews, including loud criticism from those who worry that younger generations will have a significantly harder time being able to afford their first home.

But reducing the limit for mortgage amortization is not only good public policy — cooling the speculative real estate sector without killing the home construction industry — it is good for Canadian homeowners in general. Here's why.

U.S. banks and lending institutions took part in two inappropriate activities in the U.S. housing and mortgage market prior to 2008 (both passively allowed by the government in the hope of assisting low-income Americans to own their own homes). First, banks were offering mortgages with low introductory interest rates that would later (one to three years later) rise to higher ultimate rates. Second, banks were offering mortgages at very high ratios to the value of the house (even up to 100 per cent). This was all fine — for both

banks and home owners — so long as incomes and house values rose.

It all came to a thunderous halt in 2008.

As homeowners' mortgages with low introductory rates came up for renewal, many could not afford the new higher payments that went along with the higher ultimate rates. Americans had to walk away from their loans, and therefore, from their homes — in droves.

At the same time, for those who had leveraged a very high percentage of their home value in their mortgage, the falling house prices meant that they now had a mortgage with an outstanding value that was larger than the value of the house. So, they too, simply walked away, handing the keys to their homes to the lending institutions.

This all snowballed into the exponential fall in home values in America in 2008/09, and the accompanying loss in value of the mortgage assets held by the lending institutions — a very important piece of the global financial crisis.

In Canada, we are fortunate that our successive governments have always forced higher down payments for homes here than those required in the U.S. With the new limits on the amortization period, our government wants to dodge the American crisis. This is prudent, and safeguards the economy in general. But the new limits are also good for the individual home owner.

Let's do some arithmetic. Consider a \$100,000 mortgage (most mortgages are much larger, but you can get to the answer to your personal situation easily by multiplying by the size of your mortgage). I will assume today's five-year mortgage rate of 5.24 per cent.

If you take out a mortgage to be paid off over 30 years, your monthly payment will be \$548.10. Over 30 years, you will pay a total of \$197,316 or \$97,316 in interest. If, however, you choose the 25-year mortgage, your monthly payment is \$595.34 (or \$47.24 more a month). Over 25 years, you will pay a total of \$178,602 or \$78,602 in interest, which is only 80 per cent of the interest you pay on the 30-year mortgage. Further, you will own the house debt free five years sooner.

Now, if interest rates rise, the arithmetic is more dramatic.

Consider a \$500,000 mortgage at six per cent. If you choose the 30-year mortgage, you pay \$2974.12 a month for 30 years or a total of \$1,070,683 or \$570,683 in interest. Using a 25-year mortgage requires monthly payments of \$3199.03 (\$224.91 larger) for a total payment of \$959,709 or \$459,709 in interest.

In other words, for an extra \$7.39 a day, you can own your house 5 years sooner and pay a whopping \$110,974 less in interest.

If a home buyer cannot afford an extra \$7.39 a day in mortgage payments, should they be in the market? Aren't we all really better off with the shorter amortization period?

The bottom line: the impact of this new legislation is less pain than pragmatism. For once, we should be thankful to our big brother in Ottawa.

*Rob Brown was Professor of Actuarial Science at the University of Waterloo for 39 years and past President of the Canadian Institute of Actuaries. He is currently an expert advisor with EvidenceNetwork.ca*

*A version of this commentary appeared in the Globe and Mail, Hill Times and the New Brunswick Telegraph Journal.*

**July 2012**

# Pour une fois, remercions notre « big brother » à Ottawa

*Réduction de la période maximale d'amortissement des prêts hypothécaires : une bonne politique*

ROBERT BROWN



Le Canada pourrait-il tomber dans le même piège que celui dans lequel s'est retrouvée l'économie américaine en 2008-2009? Certains experts sonnent l'alarme, du moins dans le domaine de l'immobilier.

Le gouvernement canadien est manifestement préoccupé par le niveau élevé d'endettement des ménages moyens au Canada. Pour lutter contre ce problème, le ministre des Finances Jim Flaherty a annoncé une mesure faisant en sorte que les Canadiens qui ne sont pas en mesure de verser une mise de fonds correspondant à 20 % de la valeur de la maison qu'ils souhaitent acheter devront désormais amortir leur prêt hypothécaire sur une période maximale de 25 ans, c'est-à-dire une période plus courte que ce que prévoit le plafond actuel, qui est de 30 ans.

L'annonce a reçu un accueil mitigé et a même été violemment critiquée par certains, qui se sont dits inquiets de voir la nouvelle mesure accroître considérablement la difficulté des jeunes générations à acheter une première maison.

Toutefois, réduire la période maximale d'amortissement d'un emprunt hypothécaire, c'est non seulement une bonne politique publique, en ce que cela permet de calmer le jeu de la spéculation dans le secteur de l'immobilier sans pour autant étouffer l'industrie de la construction résidentielle, mais c'est également une excellente mesure pour les propriétaires canadiens en général. Voici pourquoi.

Aux États-Unis, les banques et les établissements de crédit se sont adonnés avant 2008 à deux pratiques pour le moins

inappropriées dans le marché de l'immobilier et des prêts hypothécaires, avec l'accord tacite d'un gouvernement qui espérait en laissant libre cours à ces pratiques favoriser l'accès à la propriété de la population américaine à faible revenu. La première de ces pratiques consistait à offrir des taux hypothécaires promotionnels peu élevés, pour ensuite augmenter ceux-ci une fois la promotion arrivée à échéance, d'une à trois années plus tard. La seconde consistait à accepter des emprunts hypothécaires dont le rapport prêt-valeur était très élevé, parfois même de 100 %. Ces pratiques ne posaient aucun problème aux propriétaires ni aux banques, tant et aussi longtemps que les revenus et la valeur des maisons augmentaient.

Or, en 2008, la croissance des salaires et du prix des propriétés s'est abruptement interrompue.

Ainsi, lorsque les propriétaires ayant bénéficié d'un faible taux promotionnel ont vu celui-ci arriver à échéance, nombre d'entre eux se sont trouvés dans l'incapacité d'assumer les versements plus élevés associés à leur nouveau taux hypothécaire. Une multitude d'Américains ont donc dû se défaire de leur hypothèque et, par le fait même, de leur maison.

Quant aux acheteurs ayant financé un pourcentage très élevé de leur maison au moyen de leur prêt hypothécaire, la chute du prix des maisons a entraîné une dépréciation de leur propriété en deçà du montant de leur hypothèque, de sorte qu'ils se sont trouvés, eux aussi, contraints de se défaire de

celle-ci, en remettant les clés de leur maison à leur établissement de crédit.

L'accumulation des reprises hypothécaires aux États-Unis s'est traduite par une chute vertigineuse et ininterrompue de la valeur des maisons en 2008-2009, ce qui en retour a provoqué une dépréciation des avoirs hypothécaires détenus par les établissements de crédit, cette dépréciation ayant constitué l'un des facteurs les plus déterminants de la crise financière mondiale.

Au Canada, nous avons la chance d'avoir eu des gouvernements successifs qui toujours ont exigé des mises de fonds plus élevées qu'aux États-Unis pour l'achat de maisons. En imposant de nouvelles restrictions concernant la période d'amortissement, notre gouvernement souhaite éviter que la crise américaine s'étende au Canada. Il s'agit donc d'une mesure prudente qui permettra de protéger l'économie en général, mais qui profitera également, faut-il ajouter, aux propriétaires de maisons individuelles.

Faisons quelques calculs. Supposons que vous avez une hypothèque de 100 000 \$ et que votre taux hypothécaire est de 5,24 % pour les cinq prochaines années (la majorité des emprunts hypothécaires sont beaucoup plus élevés, mais vous pourrez facilement adapter le calcul à votre situation personnelle véritable en multipliant le taux par le montant de votre hypothèque).

Si vous amortissez votre emprunt hypothécaire sur 30 ans, votre versement mensuel sera de 548,10 \$. À la fin de cette

période, vous aurez payé un total de 197 316 \$, dont 97 316 \$ en intérêts seulement. Par contre, si vous choisissez une période d'amortissement de 25 ans, votre versement mensuel sera de 595,34 \$, c'est-à-dire plus élevé de 47,24 \$. Après 25 ans, vous aurez payé un total de 178 602 \$, donc 78 602 \$ en intérêts, c'est-à-dire un montant correspondant à seulement 80 % des intérêts que vous auriez payés si votre période d'amortissement avait été de 30 ans. De plus, vous serez libéré de votre emprunt hypothécaire cinq ans plus tôt.

Maintenant, voyons ce qui se produit lorsque le taux d'intérêt augmente. Le calcul devient alors beaucoup plus parlant.

Supposons que votre hypothèque est de 500 000 \$ et votre taux de 6 %. Si vous choisissez un amortissement sur 30 ans, vous devrez payer chaque mois 2 974,12 \$, pour un total à échéance de 1 070 683 \$, dont 570 683 \$ en intérêts. Une hypothèque sur 25 ans exige quant à elle des versements mensuels de 3 199,03 \$ (224,91 de plus), pour un paiement total à la fin de la période d'amortissement de 959 709 \$, dont 459 709 \$ en intérêts.

En d'autres termes, pour 7,39 \$ de plus par jour, vous pouvez devenir pleinement propriétaire de votre maison cinq ans plus tôt, tout en économisant un montant énorme de 110 974 \$ en intérêts.

Si l'acheteur d'une maison est incapable de payer 7,39 \$ de plus par jour en versement hypothécaire, a-t-il véritablement sa place dans le marché? Tout bien considéré, n'est-il pas plus

avantageux pour chacun de nous de choisir une période d'amortissement plus courte?

En résumé, on peut affirmer que la nouvelle mesure législative du gouvernement aura en fin de compte un effet plus pragmatique que douloureux. Pour une fois, c'est notre « big brother » à Ottawa qu'il faut remercier.

*Rob Brown a été professeur en science actuarielle à l'Université de Waterloo pendant 39 ans et président de l'Institut canadien des actuaires. Il œuvre actuellement à titre d'expert-conseil auprès de EvidenceNetwork.ca.*

**juillet 2012**

# Time to fight for pharmacare

## *Not just for refugees but for all Canadians*

STEVE MORGAN AND JAMIE DAW



When Prime Minister Harper, along with the Health and Immigration Ministers, tried to justify cutting refugee health coverage in Canada they argued it was about fairness. Providing prescription drug coverage to refugees was unfair, they claimed, because other Canadians do not have such coverage. They were at least partially right.

As a country, we provide universal access to medically necessary hospital care, diagnostic tests, and physician services based solely on need. It's a point of national pride. But Canadian 'medicare' — as it is affectionately known — ends as soon as a patient is given a prescription to fill.

Provincial drug plans cover only limited populations, such as seniors or social assistance recipients, or limited costs (such as costs exceeding 'catastrophic' deductibles). Private drug insurance is a perk not easily obtained by Canadians who are retired, self-employed or employees of small companies.

The patchwork of drug coverage in Canada has consequences that cost us all.

A recent study found that one in 10 Canadians can't afford to fill their prescriptions as directed. Such financial barriers often increase costs elsewhere in the healthcare system — from the public purse. For example, if a parent cannot afford the necessary drugs for a child's asthma, they may be forced to visit to the emergency department when the asthma gets out of control.

Thus, the question is not whether it is fair to provide refugees prescription drug coverage; the question is whether it is fair — and even fiscally responsible — not to provide such coverage to all Canadians.

In a recent essay in *Healthcare Policy*, we show how the omission of pharmacare from Canadian medicare came about as an accident of history — the correction of which is long overdue.

Canada's health insurance system was developed in stages, starting with the components of healthcare that were the most important at the time. Coverage for hospital care and diagnostic tests was established in the 1950s, followed by coverage for medical care in the 1960s. The fathers of our medicare system intended that pharmacare and homecare be established next.

Pharmacare never happened, but the need for it is stronger than ever.

The range, use and availability of pharmaceuticals has increased dramatically over the past 30 years. As a result, prescription drugs are one of the most important components of contemporary healthcare. They are also one of the most costly forms of care.

Canadians now spend more money on prescription drugs than they do on all of the services provided by physicians in this country. And, while many drugs are available at modest cost, a new wave of biological drugs is coming to market with price

tags of thousands of dollars per year — in some cases, thousands of dollars per month.

The need for pharmacare has not gone unnoticed. In 1997, the National Forum on Health recommended expanding pharmacare across Canada, but the pharmaceutical industry lobbied against such reforms, arguing that Canada could not 'afford' the cost of a national pharmacare system. Such arguments are repeated today.

In truth, a universal pharmacare program would save Canadians billions of dollars — some estimate up to \$10-billion per year.

The proof is found in virtually all countries comparable to Canada: countries like Australia, Denmark, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland and the United Kingdom. In comparison to Canada, pharmaceutical spending is lower and has been growing more slowly in all of these countries. Yet they all provide better, more equitable access to prescription drugs than Canada through universal pharmacare systems of one form or another.

In the 2012 Emmett Hall Memorial Lecture, Dr. Michael Rachlis said that medicare was one of the best expressions of Canadian democracy because Canadian citizens wanted it and had to fight for it.

If Canadians take pride in their medicare system, and want to achieve better access to medicines at lower costs than they pay

today, then maybe it is time for the original vision of medicare — which included pharmacare — to be completed as planned.

Perhaps it is time to fight for pharmacare. Not just for refugees, but for all Canadians.

*Steve Morgan is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and Associate Professor and Associate Director of the Centre for Health Services and Policy Research at the University of British Columbia. Jamie Daw is a Policy Analyst with the Centre for Health Services and Policy Research.*

*A version of this commentary appeared in the Windsor Star, Vancouver Sun and the Toronto Star.*

**August 2012**

# Le temps est venu de se battre pour l'assurance médicaments

*Pas seulement pour les réfugiés, mais pour toute la population canadienne*

STEVE MORGAN ET JAMIE DAW



Lorsque le premier ministre Harper et les ministres de la Santé et de l'Immigration ont tenté de justifier les coupes dans la couverture des soins de santé pour les réfugiés au Canada, ils ont soutenu que c'était une question d'équité. Ils ont affirmé qu'il était injuste d'offrir la couverture des médicaments sur ordonnance aux réfugiés alors que les autres Canadiens et Canadiennes n'y avaient pas droit. Ils avaient en partie raison.

Notre pays procure un accès universel aux soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, aux examens diagnostiques complémentaires et aux services d'un médecin uniquement en fonction des besoins. Toutefois, le régime d'assurance maladie du Canada ne couvre pas l'exécution des ordonnances remises aux malades.

Les régimes d'assurance médicaments provinciaux sont offerts à certaines populations seulement, tels les bénéficiaires de l'aide sociale ou les personnes âgées, ou ne couvrent que certains frais (comme les frais dépassant les franchises « catastrophiques »). L'assurance médicaments privée est un avantage que bien peu de retraités, de travailleurs autonomes et d'employés de petites entreprises au Canada peuvent se payer.

Le patchwork de la couverture des médicaments au Canada a des conséquences qui nous coûtent tous cher.

Selon une étude récente, un Canadien sur dix n'a pas les moyens de faire exécuter ses ordonnances. De tels obstacles financiers augmentent souvent les coûts ailleurs dans le

système de soins de santé — qui sont payés par les fonds publics. Prenons l'exemple d'un parent qui ne peut pas payer les médicaments de son enfant asthmatique et qui devra peut-être aller à l'urgence si l'enfant fait une crise d'asthme incontrôlable.

Ainsi, la question n'est pas de savoir s'il est équitable de fournir une couverture des médicaments sur ordonnance aux réfugiés, mais plutôt s'il est équitable — et même responsable sur le plan financier — de fournir cette couverture à toute la population canadienne.

Dans un essai publié récemment dans la publication *Politiques de santé*, nous montrons comment l'omission de l'assurance médicaments du régime d'assurance maladie canadien résulte d'un accident de l'histoire, dont la correction se fait attendre depuis longtemps.

Le système d'assurance maladie du Canada, qui a été mis en place en plusieurs étapes, couvrait au départ les éléments des soins de santé les plus importants à l'époque. La couverture des soins hospitaliers et des examens diagnostiques complémentaires a été mise en œuvre dans les années 1950 suivie de la couverture des soins médicaux dans les années 1960. Les fondateurs de notre régime d'assurance maladie envisageaient ensuite de mettre en place l'assurance médicaments et les soins à domicile.

L'assurance médicaments n'a jamais vu le jour, mais le besoin d'un tel régime est plus grand que jamais.

La variété, la consommation et la disponibilité des produits pharmaceutiques ont connu un essor fulgurant au cours des trente dernières années, avec pour effet que les médicaments sur ordonnance constituent l'un des éléments les plus importants des soins de santé contemporains. Ils sont également un des soins les plus coûteux.

La population canadienne dépense à présent plus pour les médicaments sur ordonnance que pour tous les services fournis par des médecins dans ce pays. Bien que de nombreux médicaments soient vendus à prix modique, on assiste à l'arrivée sur le marché d'une nouvelle vague de médicaments biologiques dont les prix s'élèvent à des milliers de dollars par année, et dans certains cas même, à des milliers de dollars par mois.

Le besoin d'avoir un régime d'assurance médicaments n'est pas passé inaperçu. En 1997, Le Forum national sur la santé a recommandé qu'une assurance médicaments soit offerte partout au pays, mais l'industrie pharmaceutique a fait pression contre ces réformes, en faisant valoir que le Canada n'avait pas les moyens d'assumer le coût d'un régime d'assurance médicaments national. On entend les mêmes arguments encore aujourd'hui.

En vérité, un régime universel d'assurance médicaments ferait épargner des milliards de dollars aux Canadiens et, selon certains, jusqu'à 10 milliards de dollars par année.

Presque tous les pays comparables au Canada, soit l'Australie, le Danemark, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la

Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni, en sont la preuve. Les dépenses pharmaceutiques y sont moins élevées qu'au Canada et ont augmenté moins rapidement dans tous ces pays. Pourtant, comparativement au Canada, tous offrent un meilleur accès aux médicaments sur ordonnance et un accès plus équitable grâce à différentes formes de systèmes universels d'assurance médicaments.

À la Conférence commémorative Emmett Hall 2012, le docteur Michael Rachlis a déclaré que le régime d'assurance maladie du Canada était l'une des meilleures expressions de la démocratie canadienne, parce que les citoyennes et citoyens canadiens l'avaient désiré et avaient eu à se battre pour l'obtenir.

Si la population canadienne s'honore d'avoir son régime d'assurance maladie et souhaite obtenir un meilleur accès aux médicaments à des prix inférieurs à ce qu'elle paie, alors il est peut-être temps que la vision initiale du régime d'assurance maladie, qui comprenait l'assurance médicaments, soit mise en œuvre comme il était prévu.

Peut-être est-il temps de se battre pour le régime d'assurance médicaments, pas seulement pour les réfugiés, mais pour toute la population canadienne.

*Steve Morgan est conseiller expert auprès d'EvidenceNetwork.ca ainsi que professeur agrégé et directeur associé du Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique. Jamie*

*Daw est analyste des politiques au Centre for Health Services and Policy Research.*

**août 2012**

# Patent protection for brand name drugs should come at a price

CETA may cause inflated drug prices for Canadians

MARC-ANDRÉ GAGNON



Negotiations between Canada and Europe for a free-trade agreement has put pharmaceutical patents in the spotlight once again. Improving patent protection for brand name drugs has been suggested as a means to curry favour with pharmaceutical companies and incentivize investment and innovation, but the cost to Canadian consumers could be out-of-proportion with the benefits it would create.

Currently, the innovation system in the Canadian pharmaceutical sector is broken. Expenditures in pharmaceutical research and development (R&D) in this country have significantly declined in recent years and many major research labs have closed down — all in a context where drug companies are increasingly focusing their investment in emerging countries.

The industry is now saying that if Canada wants to preserve R&D investments, it should use the on-going negotiation of the Comprehensive Economic and Trade Agreement (CETA) with Europe to extend patent protection.

This solution seems to forget that the Canadian pharmaceutical sector already benefits from the generosity of the state.

In Canada, drug companies can recoup around half of all R&D expenditures through tax credits. At the same time Canadians pay 20 per cent more for patented drugs compared to France or the UK — amounting to an incredible extra \$2.1 billion a year. Compare this to what the pharmaceutical sector spends

on R&D: around \$992 M/year (before taking tax credits into account).

In spite of already having these important business advantages, the R&D to sales ratio in Canada, a common measure of R&D intensity in the sector, has declined by half since 1997. It is now 5.6 per cent, the lowest rate since 1988.

The negotiations to implement CETA are confidential. However, leaked versions of draft agreements present different European requests for changes in the Canadian intellectual property regime for patented drugs, while these clauses would have no impact on existing European regulations.

The different demands are very technical: Patent restoration to recoup regulatory time necessary for approval; Extension of data exclusivity to encourage research on existing drugs; Supplementary protection certificates to encourage clinical trials with children; Right of appeal under the Notice of Compliance regulations, often referred to as patent linkage.

The complexity of these issues, which may make patent lawyers happy, usually ensures that the general public cannot participate in the debate. One simply needs to keep in mind that each request would extend the monopoly power of drug companies in our country one way or the other.

A 2011 study estimated that introducing the suggested changes in terms of patent protection could indeed increase pharmaceutical R&D investment by around \$345 M. The

problem is that it would also inflate drug costs to Canadians by an additional \$2.8 billion per year. Brand-name drug companies argue that this is the cost Canadians must pay if they want to be on the same playing field as their European counterparts.

The argument is problematic for many reasons.

Europe has forms of extended patent protection that Canada does not have, and Canada has a patent linkage system that is not present in Europe. The issue is not just about the length of patent protection, in other words. It is also a question of the cost of drugs to Canadian consumers while the drug is patent protected.

There is no good reason why Canada should pay 20 per cent more than France or the UK for brand-name drugs.

Since the Conservative government has been very keen to defend patent protection in the past, one can expect that Ottawa might be ready to accept the European demands for CETA. If that is the case, we should consider ways to make sure that Canadians get some bang for the buck.

There is a simple way to generate significant benefits for the Canadian knowledge-based economy and develop a solid pharmaceutical sector: impose conditions on extended patent protection.

In 1987, under Mulroney, Canada extended patent protection for drug products under the condition that drug companies

spend at least 10 per cent of their sales in Canadian R&D. It worked — until 2001. The ratio is now only 5.6 per cent. If Ottawa wants to extend patent protection once again, it should impose a new set of conditions, and enforce them.

Here's a modest proposal: Any patent extension for brand-name drugs should require that a significant portion of additional earnings due to the extension be reinvested in Canadian R&D. Any breach would require the company to reimburse the additional earnings.

Canada should require drug companies reinvest a significant percentage (say 50 per cent) of incremental sales into Canadian R&D expenditures (without tax credits), which would result in a sizeable benefits to our R&D capabilities, create jobs and expand the tax base.

Under such conditions we could develop a patent system that would generate important research expenditures, instead of windfall profit for shareholders, while companies focus their resources on marketing.

Patent protection is an acquired right provided by public authorities, so public authorities should not hesitate to negotiate conditions on how additional revenues from increased patent protection should be used to the benefit of all Canadians.

*Marc-André Gagnon is an assistant professor with the school of public policy and administration, Carleton University. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Winnipeg Free Press and the Huffington Post*

**September 2012**

# Il devrait y avoir un prix à payer pour la protection par brevet des médicaments d'origine

L'AECG pourrait entraîner un gonflement des prix des médicaments pour les Canadiens

MARC-ANDRÉ GAGNON



Les négociations en cours de l'Accord économique et commercial global (AECG) entre le Canada et l'Europe ont remis les brevets pharmaceutiques sous les projecteurs. Il a été suggéré d'améliorer la protection par brevet des médicaments d'origine pour gagner la faveur des compagnies pharmaceutiques et encourager les investissements, mais le coût pour les consommateurs canadiens pourrait être disproportionné par rapport aux avantages obtenus.

Le système d'innovation dans l'industrie pharmaceutique canadienne est actuellement défaillant. Les dépenses pour la recherche et le développement (R&D) pharmaceutique dans ce pays ont beaucoup diminué ces dernières années et de nombreux laboratoires de recherche ont fermé leurs portes – alors que les compagnies pharmaceutiques investissent de plus en plus dans les pays émergents.

L'industrie déclare maintenant que si le Canada veut conserver les investissements dans la R&D, il doit se servir des négociations en cours de l'AECG pour étendre la protection par brevet.

Cette solution semble oublier que l'industrie pharmaceutique canadienne bénéficie déjà de la générosité de l'État.

Au Canada, les compagnies pharmaceutiques peuvent récupérer environ la moitié de toutes les dépenses de R&D au moyen des crédits d'impôt. Les Canadiens paient 20 % de plus pour les médicaments d'origine que les Français ou les Anglais, gonflant les coûts de 2,1 milliards de dollars par année. Comparez ce montant à celui des dépenses pour la

R&D de l'industrie pharmaceutique : environ 992 millions de dollars par année (avant les crédits d'impôt).

Malgré tous ces avantages commerciaux importants, le ratio des dépenses de R&D par rapport aux ventes, une mesure courante de l'intensité de la R&D dans le secteur, a baissé de moitié depuis 1997 au Canada. Il s'établit maintenant à 5,6 %, le plus bas niveau depuis 1988.

Les négociations pour la mise en place de l'AECG sont confidentielles. Toutefois, des fuites des projets de l'accord présentent différentes demandes de l'Europe pour que le Canada modifie son régime de propriété intellectuelle pour les médicaments d'origine, alors que ces clauses n'auraient pas d'effet sur la réglementation européenne existante.

Les différentes demandes sont très techniques : le rétablissement de brevet pour permettre le respect du délai réglementaire pour l'approbation; la prolongation de l'exclusivité des données pour encourager la recherche sur les médicaments existants; des certificats de protection supplémentaire pour encourager les essais cliniques pédiatriques; le droit de faire appel en vertu du système de liaison de brevets issu du règlement concernant les avis de conformité.

La complexité de ces questions, qui fait le bonheur des avocats spécialisés en propriété intellectuelle, empêche généralement le grand public de prendre part au débat. Il faut simplement se rappeler que chaque demande étendrait le pouvoir de

monopole des compagnies pharmaceutiques au Canada, d'une façon ou d'une autre.

Une étude réalisée en 2011 a estimé que la mise en œuvre des changements suggérés en ce qui a trait à la protection par brevet pourrait en effet accroître l'investissement de R&D de 345 millions de dollars. Le problème, c'est que cela aurait aussi pour effet de faire monter le coût des médicaments pour les Canadiens de 2,8 milliards de dollars de plus par année. Les entreprises de médicaments d'origine soutiennent que c'est le coût à payer par les Canadiens s'ils souhaitent jouer sur le même terrain de jeu que les Européens.

Cet argument est problématique pour plusieurs raisons.

On trouve en Europe diverses formes de prolongation de la protection par brevet qu'on ne trouve pas au Canada, mais l'inverse est vrai aussi car le Canada dispose d'un système de liaison de brevets qui n'existe pas en Europe. Toutefois, le problème ne se rapporte pas uniquement à la durée de la protection par brevet, c'est aussi une question du prix que doivent payer les consommateurs canadiens pour les médicaments pendant que ceux-ci sont protégés par un brevet.

Il n'y a aucune bonne raison pour laquelle le Canada devrait payer 20 % de plus que la France ou le Royaume-Uni pour ses médicaments d'origine.

Comme le gouvernement conservateur a beaucoup tenu dans le passé à défendre la protection par brevet, on peut s'attendre

à ce qu’Ottawa soit prêt à accepter les demandes de l’Europe pour l’AECG. Si c’est le cas, alors nous devrions envisager des moyens pour nous assurer que les Canadiens en aient pour leur argent.

Il existe un moyen simple de générer des avantages compétitifs et d’établir une industrie pharmaceutique solide : imposer des conditions à la prolongation de la protection par brevet.

En 1987, sous Mulroney, le Canada a prolongé la protection par brevet des produits pharmaceutiques à la condition que les compagnies pharmaceutiques affectent au moins 10 % de leurs ventes à la R&D au Canada. Cela a fonctionné — jusqu’en 2001. Le ratio atteint maintenant seulement 5,6 %. Si Ottawa veut de nouveau prolonger la période de protection par brevet, il doit imposer un nouvel ensemble de conditions, et les faire respecter.

Voici une modeste suggestion: toute prolongation du brevet pour les médicaments d’origine devrait reposer sur la condition qu’une partie importante des revenus additionnels réalisés par suite de la prolongation soit réinvestie dans la R&D au Canada. Toute entreprise manquant à cette condition devrait rembourser tout revenu additionnel réalisé.

Le Canada devrait exiger des entreprises pharmaceutiques qu’elles réinvestissent un pourcentage important (disons 50 %) de leurs ventes supplémentaires dans les dépenses pour la R&D au Canada (sans crédits d’impôt). Cette mesure

contribuerait grandement à nos capacités de R&D, créerait des emplois et accroîtrait l’assiette fiscale.

Dans ces conditions, nous pourrions mettre en place un système de brevets générant d’importantes dépenses de recherche, au lieu de seulement accroître les bénéfices pour les actionnaires, pendant que les entreprises axent leurs ressources sur le marketing.

La protection accordée par les brevets est un droit octroyé par les pouvoirs publics. Ces derniers ne devraient donc pas hésiter à négocier les conditions établissant comment seront utilisés les revenus additionnels tirés de la protection accrue par brevet dans l’intérêt de toute la population canadienne.

*Une version de ce commentaire est parue dans le Droit, L’Aut’Journal et Bulletin d’Aylmer*

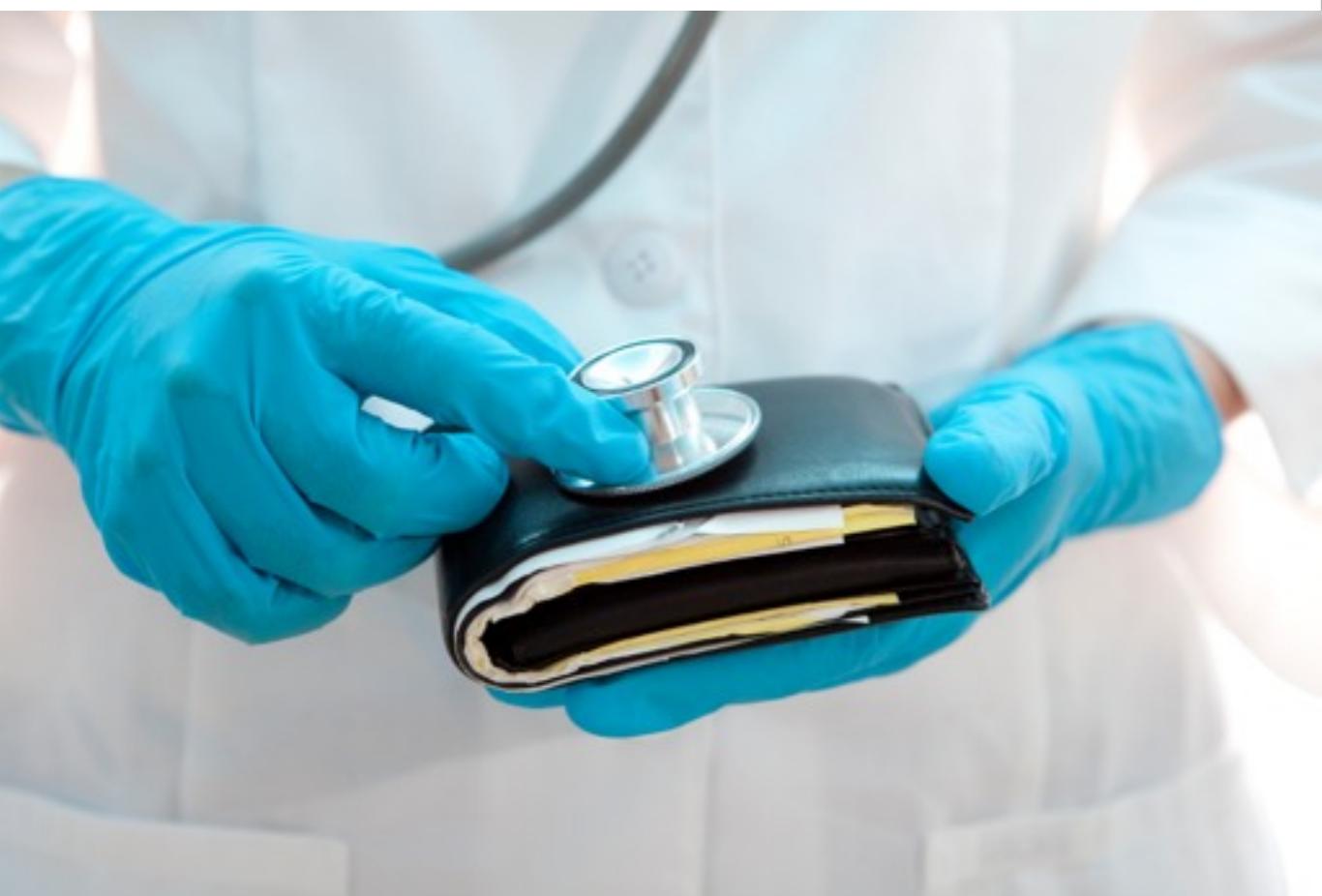
**Marc-André Gagnon** est professeur adjoint en politiques publiques à l’Université Carleton, et il est expert associé avec EvidenceNetwork.ca.

**septembre 2012**

# Bending the cost curve in healthcare

## How to achieve transformative change in our healthcare system

GREG MARCHILDON AND LIVIO DI MATTEO



You've probably heard that our healthcare system is in crisis as our health spending costs continue to rise at unsustainable rates: it's a pretty popular mantra with pundits and politicians alike. But it's not true — at least, it's not the full story.

An examination of data from the Canadian Institute for Health Information (CIHI) shows that over the period 2000 to 2011, real per capita provincial government health spending in Canada grew at an average annual rate of 2.8 per cent. However, the most recent annual growth rates have declined — from 3.6 per cent in 2008, to 2.3 per cent in 2009, and to estimates of 2.2 and — 0.5 per cent in 2010 and 2011 respectively.

This is a dramatic drop from the previous decade-long trend of health spending increases.

These reversals demonstrate the cyclical nature of health spending growth, countering the prediction that health spending will inexorably gobble up all of our public resources as has been argued by some commentators.

But does this mean that the public healthcare cost curve is finally being bent and we no longer have to worry about health spending? Can we conclude that public healthcare spending is now sustainable for the long-term? Unfortunately, the answer is no.

Fiscal sustainability is not just about the expenditure side of the equation, but also about the revenue side.

Most provincial governments (as well as the federal government) in this country are currently running deficits. These deficits stem from the economic crash of 2008 and weakening government revenues. As a result, the recent deceleration in health spending may simply be a short-term effect of the recession slowing all government spending, including health.

Moreover, while the Canadian-wide trend shows a deceleration in real per capita health spending growth, some provinces – Quebec, British Columbia, Manitoba, Saskatchewan, and Newfoundland and Labrador – are still projected to increase spending in this year. Demographics and region-specific health needs may account for this, but the growth in health costs continues to outstrip the growth in tax revenues in these provinces.

So, the question remains. Should we use the sword or the scalpel on health budgets?

Taking the sword involves across the board budget cuts with healthcare providers and institutions absorbing the shortfalls as best they can. We tried that approach in the early to mid-1990s, and while it reduced budgets in the short run, it also resulted in rising costs in the long-run as we tried to fix new problems created, including wait times for non-urgent surgery, overcrowded emergency rooms and a shortage of some health professionals.

The scalpel approach combines targeted reductions with structural reforms in payments to providers and service

delivery. Depending on the province, this might mean shifting more family physicians from fee-for-service to blended forms of remuneration or providing hospitals and healthcare organizations with payments tied to bundles of services and outcomes. It could also mean shifting primary care to team-based approaches or nurse-based clinics, and some institutional long-term care to home-based care.

It is the scalpel approach we should strive for.

In contrast to simple budget cutting, we need reforms that bend the cost curve down while gradually improving both the quantity and quality of healthcare via transformative change. It can be done.

However, there are obstacles. There is the inertia and established ways of doing things in the current system along with the entrenched interests of both health providers and healthcare recipients. There are also the inevitable costs of reform itself, which are often underestimated. For example, implementing electronic information systems and establishing team practices take both time and money. Implementing change also requires persistence and discipline on the part of governments – qualities not always in sync with short-term political realities.

Since there is little money to buy this change, we really do need to bend the cost curve to free up the resources needed to implement these health reforms. As citizens, we need to encourage our provincial governments to set well-defined reform goals and then monitor the results closely.

It will not be easy and our governments cannot do everything at once. They will need to pursue reform in stages. We did this when we established universal medicare — we can do it again, to ensure that access continues to be based on need rather than ability to pay.

*Livio Di Matteo is Professor of Economics at Lakehead University and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*Gregory Marchildon is Canada Research Chair at the University of Regina and was the Executive Director for the Romanow Commission. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

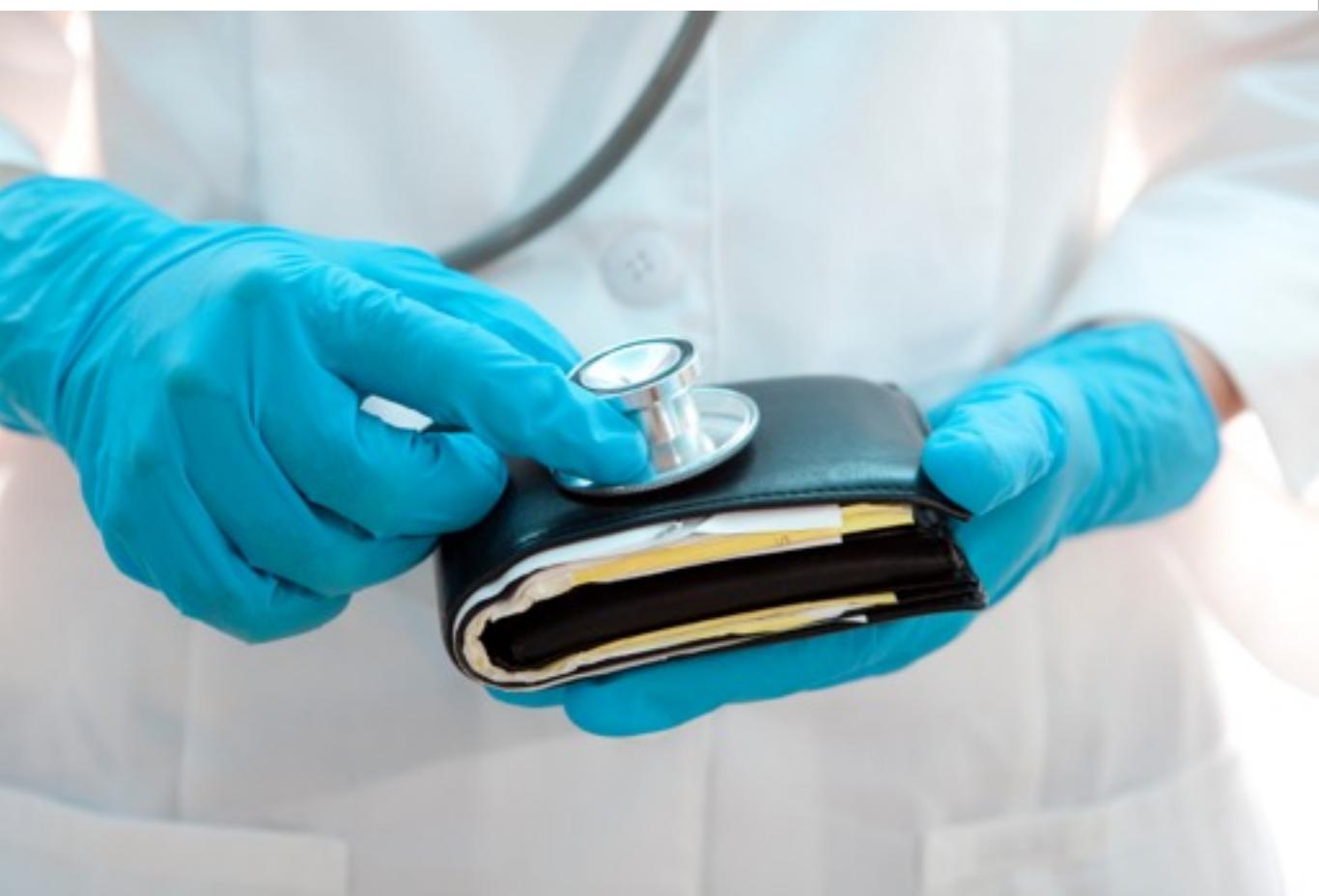
*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Vancouver Sun and the Saskatchewan Star Phoenix*

**September 2012**

# Infléchir vers le bas la courbe des coûts en santé

Comment opérer un changement transformateur de notre système de soins de santé

GREG MARCHILDON ET LIVIO DI MATTEO



Vous avez sûrement déjà entendu dire que notre système de soins de santé est en crise, et ce, parce que les dépenses qui lui sont associées ne cessent de croître à un rythme insoutenable. Cette idée est fort répandue chez les experts et les politiciens. Cependant, elle est fausse, du moins elle ne tient pas compte de toute la réalité.

Un examen des données de l’Institut canadien d’information sur la santé (ICIS) permet de constater que durant la période de 2000 à 2011, les dépenses réelles par habitant en santé des gouvernements des provinces canadiennes ont augmenté à un taux annuel moyen de 2,8 pour cent. Toutefois, le taux de croissance des années les plus récentes a connu une diminution de 3,6 pour cent en 2008 il passé à 2,3 pour cent en 2009. On l'estime à 2,2 et à - 0,5 pour cent en 2010 et en 2011, respectivement.

Il s’agit d’une baisse spectaculaire contrastant avec les hausses qui ont caractérisé la tendance des dépenses en santé des dix dernières années.

Ce renversement de la tendance démontre bien le caractère cyclique de la croissance des dépenses en santé et vient contredire la prévision avancée par certains commentateurs selon laquelle les coûts en santé finiront inexorablement par engloutir toutes nos ressources publiques.

Mais cela signifie-t-il que la courbe des coûts du système public de soins santé a enfin commencé à redescendre et que nous n’avons plus à nous inquiéter des dépenses en santé? Pouvons-nous conclure que ces dépenses sont désormais

viables et qu'elles le demeureront à long terme? La réponse, malheureusement, est non.

La viabilité budgétaire n'est pas qu'une question de dépenses, elle concerne aussi les revenus.

La plupart des gouvernements provinciaux du pays, de même que le gouvernement fédéral, connaissent actuellement des déficits qui tirent leur origine de la crise économique de 2008 et de l'affaiblissement des recettes publiques. Par conséquent, la récente décélération du rythme de l'augmentation des dépenses en santé pourrait simplement n'être qu'un effet à court terme de la récession, qui a entraîné un ralentissement de toutes les dépenses gouvernementales, y compris en santé.

De plus, alors que la tendance à l'échelle du Canada est à une diminution de la croissance des dépenses réelles par habitant, les prévisions dans certaines provinces (le Québec, la Colombie-Britannique, le Manitoba, la Saskatchewan, Terre-Neuve-et-Labrador) indiquent une hausse des dépenses pour l'année en cours. La démographie et les besoins propres à chaque région pourraient expliquer ces augmentations prévues, mais la croissance des coûts en santé continue de dépasser celle des revenus fiscaux dans ces provinces.

La question qui demeure est donc la suivante : est-ce le sabre ou le scalpel que nous devrions utiliser pour réduire les budgets en santé?

Recourir au sabre veut dire procéder à des compressions budgétaires générales tout en demandant aux établissements

et aux prestataires de soins d'absorber les manques à gagner du mieux qu'ils le peuvent. Nous avons déjà fait l'essai de cette méthode au cours de la première moitié des années 1990. Bien qu'elle ait permis à court terme de réduire les budgets, elle a entraîné à long terme une augmentation des coûts en raison des nouveaux problèmes qu'elle a engendrés et qu'il nous fallait tenter de résoudre, notamment un allongement des temps d'attente pour les chirurgies non urgentes, des salles d'urgence bondées et une pénurie de certains professionnels de la santé.

La méthode du scalpel combine une réduction ciblée des coûts avec des réformes structurelles du mode de rémunération des prestataires de soins et de paiement pour la prestation des services. Selon la province, cette méthode pourrait se traduire par le passage d'un plus grand nombre de médecins de famille rémunérés à l'acte à un mode de rémunération mixte ou le versement aux hôpitaux et aux organismes de soins de santé de paiements qui sont fonction des forfaits de services et des résultats. Elle pourrait aussi signifier en ce qui concerne les soins de première ligne le recours à des approches par équipe médicale ou à des cliniques d'infirmières, et une augmentation des soins à domicile afin de diminuer les soins de longue durée offerts en établissement.

C'est la méthode du scalpel que nous devrions adopter.

Plutôt que de simples compressions budgétaires, ce dont nous avons besoin, ce sont des réformes qui sauront tirer vers le bas la courbe des coûts tout en améliorant graduellement la

qualité de même que la quantité des soins offerts, grâce à un changement transformateur. Un tel changement est possible.

Il existe par contre des obstacles à sa réalisation. Il y a tout d'abord l'inertie liée au poids des habitudes et des façons de faire établies au sein du système actuel, poids auquel s'ajoutent les intérêts bien en place des prestataires tout autant que des bénéficiaires des soins. Il y a ensuite les coûts qu'engendre inévitablement toute réforme et qu'on tend trop souvent à sous-estimer. Par exemple, mettre en œuvre des réseaux d'information électroniques et constituer des équipes de pratique nécessitent temps et argent. Effectuer des changements exige également de la part des gouvernements persévérance et discipline, des qualités qui s'harmonisent parfois mal avec les réalités politiques, qui relèvent davantage du court terme.

Puisque nous disposons de peu de fonds pour nous offrir ce changement, il est donc plus qu'essentiel de faire redescendre la courbe des coûts afin de dégager les ressources nécessaires à la mise en œuvre des réformes qui le porteront. C'est pourquoi, en tant que citoyens, nous devons encourager nos gouvernements provinciaux à se fixer des objectifs clairement définis et ensuite surveiller attentivement les résultats.

La tâche sera difficile, d'autant plus que nos gouvernements ne pourront tout faire d'un coup. Ils devront procéder par étapes. C'est ainsi que nous avons procédé lors de la mise en place du système de l'assurance-maladie universelle, et nous pouvons le refaire, afin de nous assurer que l'accès aux soins

de santé continue à être fonction du besoin et non de la capacité de payer.

*Livio Di Matteo* est professeur d'économie à l'Université Lakehead et expert-conseil à EvidenceNetwork.ca.

*Gregory Marchildon* est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Il est également titulaire d'une chaire de recherche du Canada et professeur à la Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy, à l'Université de Regina et ancien directeur administratif de la Commission Romanow.

**septembre 2012**

# Private, For-Profit Solutions to Funding and Delivery

## SECTION 1

# Our broken drug plan; Costly, inefficient and inequitable

MARC-ANDRÉ GAGNON



The current system for buying prescription drugs in Canada is a hybrid system of multiple public and private drug plans that is totally dysfunctional, for many reasons.

The diversity of drug plans means that Canadians are covered for their drugs according to which province they live, or work, but not necessarily according to their medical needs.

Canadians with inadequate coverage, mostly self-employed or unemployed workers, are often unable to benefit from optimal treatments. More than three million Canadians admitted that they had not filled a prescription in the last year because they could not afford to do so. Another reason why the system is broken is that Canadians pay way too much for their drugs. Canada is the world's second-most expensive country for detail prices of prescription drugs. Canada also has the fastest rising drug costs among OECD countries: an average of nine per cent per year. Countries with universal pharmacare, like France, United Kingdom, Sweden, Australia and New Zealand, pay less for their drugs, and their costs increase at a much lower rate.

The main reason prescription drugs are so expensive in Canada is because of private insurers. Only in the United States is a greater proportion of prescription drug costs paid for by private insurers. This private coverage is totally inefficient, and the administration fees are much higher for private than for public plans (eight per cent as compared to two per cent). Insurance companies are normally paid on the basis of a percentage of spending, so they have no incentive to

reduce costs. For example, private plans normally do not discriminate among drugs, and gladly agree to reimburse new drugs that are more expensive than existing cheaper and better drugs. According to the independent medical journal *Prescrire*, of the 104 new drugs introduced in 2009, only three offered a minor therapeutic advance, 95 offered nothing new to improve health outcomes. In addition, the reviewers conclude that 19 of these new drugs should not have been marketed because they posed a potential danger to health. The decision to prescribe a new drug is often the result of drug companies' promotional campaigns and not of evidence-based medicine. Drug companies spend at least \$20,000/year per physician in order to influence their prescribing habits.

Unlike private insurers, public plans have the ability and obligation to ensure that a patient will get some bang for the buck. British Columbia was the best example of how to go about doing so. In this province, the Therapeutics Initiative, which began as an academic project, pro-actively produced clinical guidelines and encourages a culture of evidence-based medicine among physicians. Because of this, not only do British Columbians have the best therapeutic choices and the best health outcomes in Canada, they also pay on average 8.2 per cent less per capita for their drugs, and their costs are growing at a slower pace yearly.

Simply by eliminating the waste inherent in private insurance and by improving therapeutic choices, the implementation of universal Pharmacare could save Canadians \$2.9 billion per year (around 12 per cent of total costs).

Another major reason why our drugs are so expensive is that we have industrial policies that artificially inflate the prices of brand-name drugs. Canada is always aiming to be the world's fourth-most expensive country for its brand-name drugs as a way to support its pharmaceutical sector.

It is true that the pharmaceutical sector is responsible for around 50,000 jobs (direct and indirect) in Canada and that each job is paid an average of \$80,000 a year. Half of these jobs, however, are for marketing the drugs, and these jobs would not disappear if we stopped supporting pharmaceutical R&D. This means that Canadians benefit from around \$4 billion/year in spin-offs from this sector, half of which would remain even if we stopped supporting the sector through different policies like providing generous tax credits or artificially inflating the price of drugs. The problem is that these policies are very costly and inequitable. Since the pharmaceutical industry is located almost entirely in Quebec, Ontario and B.C., it makes no sense for example that people in the Maritimes should also pay artificially inflated prices to support this sector.

No government should when the total costs of these industrial policies are higher than total spin-offs that Canadians receive from this sector. By implementing universal Pharmacare and also eliminating these policies, Canadians could save up to \$10.7 billion per year (around 43 per cent of total costs). From an economist's point of view, actual pharmaceutical policies to make drugs accessible and to support innovation are simply nonsense. There are definitely better ways to invest this

money, for example by improving healthcare and by publicly funding medical research.

*Marc-André Gagnon is an assistant professor with the school of public policy and administration, Carleton University. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, the Montreal Gazette and the Edmonton Journal.*

**April 2011**

# How Canada artificially inflates the cost of prescription drugs to the tune of \$2-billion

MARC-ANDRÉ GAGNON



**We find ourselves with federal pricing policies to support business and provincial drug regimes incapable of containing costs.**

Canadians often think that their prescription drugs are cheap. Otherwise, why would so many Americans cross the border to buy them?

Yet in the last five years, Canada has been the world's third most expensive country for brand-name drugs.

In 1987, Canada passed changes to the Patent Act extending patent protection for prescription drugs from 17 to 20 years after brand-name drug companies agreed to spend 10 per cent of their sales on research and development. The rationale was simple: a generous patent policy for brand-name companies would ensure a more competitive, innovative pharmaceutical sector in Canada.

In order to prevent abuse, the Patented Medicines Price Review Board was created as a watchdog to cap prices of brand-name drugs and ensure transparency of Canadian pharmaceutical activities.

At first, this strategy worked very well. While the price of patented drugs increased, the pharmaceutical industry opened many important research labs in Canada

The problem arose from the method of price capping and its bias towards pharmaceutical companies. Patented drug prices are capped based on the median of a basket of seven

comparable countries with the highest R&D expenditures as compared to sales — the United States, Germany, Switzerland, Sweden, France, United Kingdom and Italy. But, there is a catch: most of these countries also have the world's most expensive prices for patented drugs. The rationale was simple: these countries have a high R&D to sales ratio. If Canada has the same prices as they do, it could get the same spin-offs they do.

Since drug companies in Canada have little incentive to sell their drugs at a significantly lower price than the cap set by the PMPRB, Canada is effectively always aiming to be among the world's top five most expensive countries. Since 2005, Canada has been the third most expensive country because exchange rates increased or foreign drug prices decreased while the cap was not adjusted.

The ratio of investment in research and development to the sale price of drugs has increased in these countries since 2000, but not in Canada. Since 2001, pharmaceutical companies have not been holding up their end of the bargain and the ratio is constantly decreasing. It was only 7.5 per cent in 2009.

In 2006, the PMPRB explored the possibility of modifying the basket of countries to include other comparable countries: Finland, Australia, New Zealand, Austria, Netherlands and Spain. Except for Spain and New Zealand, they all have a higher R&D to sales ratio than Canada.

By using a model to cap prices based on the median between 13 countries, Canada would be aiming to be the world's seventh most expensive country. This would mean an average price reduction of 15 per cent on patented drugs. Since the total cost of patented drugs is \$13.3-billion, this would be a savings of \$2-billion.

Currently, Canada artificially inflates the cost of prescription drugs by \$2-billion to facilitate pharmaceutical R&D, while total private R&D expenditures in Canada are only \$1.22-billion.

After taking into account generous tax subsidies in R&D, drug companies in Canada spend, in fact, only a net amount of \$533-million in R&D. Let's repeat this very clearly: Canadians pay \$2-billion extra on prescription drugs in order to get in return a net expenditure of \$533-million by drug companies.

Last December, when asked by Montreal's *La Presse* why companies aren't respecting the 1987 agreement of maintaining at least a 10 per cent R&D to sales ratio, Pfizer Canada CEO Paul Lévesque replied that the rules of the game have changed since 1987 and he did not think the agreement was binding. If drug companies don't intend to respect their part of the agreement, it's difficult to understand why the Canadian government should respect its part.

The federal government, however, has little incentive to tackle the issue. Fixing higher prices benefits the Canadian industry and creates a more business-friendly environment. But the federal government doesn't pay for drugs. Health is a

provincial jurisdiction and the bills for patented drugs go mainly to the provinces. We find ourselves with federal pricing policies to support business and provincial drug regimes incapable of containing costs. We find ourselves in a situation where even the Maritimes and Prairies must pay higher prices while receiving little economic spin-offs, as pharmaceutical investment is concentrated in Quebec, Ontario, and British Columbia.

Some say that price reductions would certainly decrease pharmaceutical R&D in Canada. But maybe it's time to start looking at what's being done in the United States. Due to the lack of new drugs produced by private pharmaceutical companies, which spend twice as much on promotion as on R&D, the Obama administration announced in January 2011 that it is creating a government research centre to develop medicines. The idea is to have a major research lab that's not organized as a promotional campaign to increase sales, like most major drug companies have. Paying directly for public pharmaceutical R&D might be the best way to produce innovative drugs while reducing the cost burden for all Canadians.

*Marc-André Gagnon is assistant professor with the School of Public Policy and Administration at Carleton University. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Hill Times and the Mark News.*

**April 2011**

## SECTION 3

# Médicaments: Un gaspillage annuel de deux milliards

*Le canada se classe au troisième rang des pays où leur prix est le plus élevé*

MARC-ANDRÉ GAGNON



Les Canadiens croient que leurs médicaments sont bon marché. Sinon, pourquoi tous ces Américains traverseraient-ils la frontière pour venir les acheter ici ? Pourtant, le Canada reste depuis 2006 le troisième des pays les plus chers derrière nos voisins du Sud et l'Allemagne.

Pourquoi nos médicaments brevetés coûtent-ils si chers ? La loi sur les brevets de 1987, très généreuse pour l'industrie pharmaceutique, a augmenté la durée de protection des brevets de 17 à 20 ans tout en restreignant le recours aux licences obligatoires, une pratique qui réduisait le profit sur les médicaments brevetés. En contrepartie, les compagnies pharmaceutiques canadiennes se sont engagées à dépenser 10 % de leurs revenus en recherche et développement (R&D). En résumé, Ottawa a accepté de payer plus cher les médicaments pour garantir des emplois et augmenter l'investissement en R&D dans le secteur pharmaceutique.

## Chien de garde

Pour s'assurer que les pharmas respectent leur engagement et qu'elles n'abusent pas de leur pouvoir de monopole, la loi sur les brevets a aussi créé le Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés (CEPMB), dont le mandat était notamment de fixer des limites au prix des nouvelles molécules.

Si le CEPMB joue effectivement un rôle de chien de garde, le cadre technique dont il dispose pour limiter les prix pose problème. Concrètement, le Conseil fixe la limite de prix d'un

médicament selon la valeur médiane de sept pays « comparateurs ».

Là où le bât blesse, c'est que cette sélection inclut les quatre pays où ils coûtent le plus cher en dehors du Canada, soit les États-Unis, l'Allemagne, la Suisse et la Suède.

Dès lors, comme les compagnies pharmaceutiques n'ont aucun intérêt à fixer le prix de leurs médicaments en bas de la limite, ce système nous condamne à rester parmi les cinq pays où ils sont le plus chers au monde.

### **Subventions déguisées**

Le CEPMB a exploré la possibilité d'élargir la sélection de pays comparateurs pour y inclure six autres pays dont la situation ressemble à celle du Canada. Si les limites de prix étaient fixées à partir de la médiane de ces 13 pays (plutôt que sept), le Canada passerait du troisième au septième rang. Cela se traduirait par des réductions d'environ 15 % sur le prix des médicaments brevetés, soit une économie de deux milliards de dollars par an.

Aujourd'hui, les Canadiens acceptent de gonfler artificiellement le prix des médicaments brevetés afin d'encourager la R&D privée au pays, qui totalise 1,2 milliard. Si nous prenons en compte les généreuses subventions à caractère fiscal accordées aux compagnies, le montant net déboursé par les pharmas canadiennes n'est plus que de... 533 millions. Pour dire les choses clairement, les Canadiens déboursent deux milliards de plus en subventions déguisées

dans le seul but que l'industrie génère environ un demi-milliard de dépenses en R&D. Un véritable non-sens économique!

Sans compter que, depuis 2001, les compagnies ne respectent plus leur promesse d'un ratio de 10 % de R&D par rapport aux ventes. Alors que le ratio de l'investissement en R&D a augmenté dans les autres pays « comparateurs », il n'a cessé de diminuer d'année en année au Canada : en 2009, il était de 7,5 %, bien au-dessous du seuil promis des 10 %. Les choses n'iront pas en s'améliorant : en décembre 2010, Paul Lévesque, pdg de Pfizer Canada, a expliqué que les règles ont changé depuis 1987 et que l'industrie ne se sent plus dans l'obligation de remplir son engagement.

Si les firmes ne respectent pas leur part de l'engagement, on comprend mal pourquoi le gouvernement fédéral devrait respecter la sienne. On comprend mal pourquoi on ne sélectionnerait pas les pays « comparateurs » de manière plus rationnelle. Et surtout, on comprend mal pourquoi les Canadiens devraient continuer de gaspiller annuellement deux milliards de dollars sans contrepartie.

***Marc-André Gagnon** est professeur adjoint en politiques publiques à l'Université Carleton, et il est expert associé avec EvidenceNetwork.ca.*

*Une version de ce commentaire est parue dans *Le Soleil*.*

**avril 2011**

## SECTION 4

# Beware the ghosts of medical research

*How Big Pharma has developed new forms of 'research' to serve their own interests*

MARC-ANDRÉ GAGNON AND SERGIO SISMONDO



The medical research world has been concerned about the problem of ghostwriting for more than a decade. Over the few past years, the issue has been repeatedly raised in the mainstream media. Most of the commentary has focused on the ethics of academics serving as authors on papers they did not write and on some of the most egregious actions by pharmaceutical companies.

But these efforts miss the ways in which Big Pharma has developed new forms of medical research to serve its own interests.

### How Ghostwriting Feeds Big Pharma Profits

Big Pharma firms spend twice as much on promotion as on R&D. But it is worse than that: more and more medical R&D is organized as promotional campaigns to make physicians aware of products. The bulk of the industry's external funding for research now goes to contract research organizations to produce studies that feed into large numbers of articles submitted to medical journals.

Internal documents from Pfizer, made public in litigation, showed that 85 scientific articles on its antidepressant Zoloft were produced and coordinated by a public relations company. Pfizer itself thus produced a critical mass of the favorable articles placed among the 211 scientific papers on Zoloft in the same period. Internal documents tell similar stories for Merck's Vioxx, GlaxoSmithKline's Paxil, Astra-Zeneca's Seroquel, and Wyeth's hormone-replacement drugs.

To promote the now-notorious Vioxx, Merck organized a ghostwriting campaign that involved some 96 scientific articles. Key ones did not mention the death of some patients during clinical trials. Through a class action lawsuit against Vioxx in Australia, it was discovered that Elsevier had created a fake medical journal for Merck — the *Australasian Journal of Joint and Bone Medicine* — and perhaps ten other fake journals for Merck and other Big Pharma companies.

In another example, GlaxoSmithKline organized a ghostwriting program to promote its antidepressant Paxil. According to internal documents made public in 2009, the program was called “Case Study Publication for Peer-Review,” or CASPPER, a playful reference to the “friendly ghost.” Such strategies are not exceptions; they are now the norm in the industry. Most new drugs with blockbuster potential are introduced accompanied by 50, 60, or even 100 medical journal articles. Any firm that refused to play this game in the name of ethics would likely lose market share. Profits in the pharmaceutical industry depend on companies’ capacity to influence medical knowledge and create market share and market niches for their products.

### **A Call for Evidence-Based Medicine**

In 2008, research showed that pharmaceutical companies systematically failed to publish negative studies on their SSRIs, the Prozac generation of antidepressants. Of 74 clinical trials, 38 produced positive results and 36 did not: 94 per cent of the positive studies were published, but only 23 per cent of

the negative ones were, and two-thirds of those were spun to make them look more positive.

Physicians reading the scientific literature got a biased view of the benefits of SSRIs. This helps to explain the huge number of antidepressant prescriptions, in spite of the fact that, according to a meta-analysis in *JAMA* in January 2010, for 70 per cent of people taking SSRIs, the drug did not bring more benefits than a placebo. Compared to placebo, however, SSRI antidepressants can result in serious adverse drug reactions.

There we see one of the problems with the ghost management of medical research and publication. Pharmaceutical companies want upbeat reports on their drugs. They design, write, and publish studies that are likely to show their drugs in positive lights — and there are myriad ways to do so. Ghosts sometimes bend the truth, and sometimes even commit fraud, with grave results.

Why do academics serve as authors on scientific articles they did not write, using research they did not perform? Because they are rewarded, both by their universities and by their colleagues for how much they publish and for its prominence. Pharmaceutical companies and their agents are very good at placing articles in prestigious journals, and then make them even more prominent by having their armies of sales reps circulate them and talk them up.

Researchers who serve as authors on studies and analyses (perhaps scientifically correct) that are favorable to the

industry can expect to see these articles increase their prestige and influence, and possibly even funding.

What happens, however, when a researcher produces studies and analyses (also scientifically correct) showing that some products are dangerous or inefficient, as some did about Vioxx before the scandal broke? Reading Merck's internal e-mails, revealed during the class lawsuit, it was exposed that the company drew up a hit list of 'rogue' researchers who needed to be 'discredited' or 'neutralized'—'seek them out and destroy them where they live,' reads one e-mail. Eight Stanford researchers say they received threats from Merck after publishing unfavorable results.

## **Corporate Science**

In the ghost management of research and publication by drug companies we have a new model of science. This is corporate science, done by many unseen workers, performed for marketing purposes, and drawing its authority from traditional academic science. The high commercial stakes mean that all of the parties connected with this new corporate science can find reasons or be induced to participate, support, and steadily normalize it. It also biases the available science by pushing favorable results and downplaying negative ones — and sometimes through outright fraud.

As long as pharmaceutical companies hold the purse strings of medical research, medical knowledge will serve to market drugs, not to promote health. And as long as universities grovel for more partnerships with these companies, the door

will remain wide open to proceed with the corruption of scientific research.

*Marc-André Gagnon* is assistant professor with the School of Public Policy and Administration at Carleton University. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. Dr. Sergio Sismondo is professor of Philosophy and Sociology at Queen's University. His current research is on the pharmaceutical industry's relationships with academic medicine and practicing physicians.

*A version of this commentary appeared in the Mark News, Troy Media and Times & Transcript.*

**May 2011**

# Gare aux fantômes qui hantent la recherche médicale

Les grandes firmes pharmaceutiques ont mis au point de nouvelles formes de « recherche » sous le regard complaisant des universités

MARC-ANDRÉ GAGNON ET SERGIO SISMONDO



Le monde de la recherche est préoccupé depuis plus d'une dizaine d'années par le problème des auteurs fantômes. Cette pratique soulève normalement des commentaires sur l'éthique des chercheurs qui acceptent de signer des articles qu'ils n'ont pas écrits – dans un monde académique en guerre avec le plagiat. Ces critiques échouent cependant à mettre en lumière la dynamique d'ensemble de ces méthodes utilisées par l'industrie, qui permet d'assujettir la science médicale aux considérations commerciales.

## Comment le recours à des auteurs fantômes fait croître les profits des grandes pharmaceutiques

On sait que les grandes firmes pharmaceutiques consacrent deux fois plus d'argent à la promotion de leurs produits qu'à la recherche et développement. Ce n'est toutefois là que la pointe de l'iceberg: de plus en plus les activités de recherche et développement dans le domaine médical sont organisées à la manière de campagnes de promotion pour accroître les ventes. En effet, la majeure partie du budget de recherche externe des firmes pharmaceutiques sert aujourd'hui à financer des contrats attribués à des organisations de recherche privées dont le mandat est de produire les données qui serviront de base à un nombre important d'articles scientifiques. Les articles sont rédigés par des agences de communication privées (les auteurs fantômes), et signés par des chercheurs complaisants afin de permettre leur publication.

Les firmes élaborent en fait des plans de publication et de communication pour faire dominer un discours

« scientifique » favorable à l'accroissement des ventes. Ce discours, très sélectif sur les données qu'on accepte de rendre public, devient le support premier pour organiser les campagnes des représentants pharmaceutiques qui iront visiter chaque bureau de médecin pour mousser le nouveau produit.

Des documents internes de Pfizer, rendus publics à la suite d'un litige, ont permis de révéler qu'entre 1998 et 2000, pas moins de 85 articles scientifiques sur la sertraline (l'antidépresseur Zoloft) avaient été rédigés à l'initiative directe de Pfizer. Durant cette période, l'ensemble de la littérature scientifique comptait seulement 211 articles sur cette molécule. Pfizer avait ainsi produit une masse critique d'articles favorables au médicament, ce qui lui a permis de noyer les études critiques. Des documents internes d'autres pharmaceutiques démontrent qu'il en a été de même pour le Vioxx de Merck, le Paxil et l'Avandia de GlaxoSmithKline, le Seroquel d'Astra-Zeneca et les substitutifs hormonaux de Wyeth.

Afin de promouvoir le tristement célèbre Vioxx, Merck a mis sur pied une campagne au cours de laquelle des auteurs fantômes ont rédigé quelque 96 articles scientifiques, dont les principaux omettaient de mentionner que certains patients sont décédés durant les essais cliniques. Un recours collectif intenté en Australie contre le fabricant du Vioxx a permis de découvrir que l'éditeur scientifique Elsevier avait créé pour

Merck une fausse revue médicale, l'Australasian Journal of Joint and Bone Medicine.

Un autre exemple de ce type de pratique est le programme de rédaction d'articles par des auteurs fantômes mis en place par GlaxoSmithKline afin de faire la promotion de son antidépresseur Paxil. Selon des documents internes rendus public en 2009, ce programme s'appelait « Case Study Publication for Peer-Review » (Publication d'études de cas pour évaluation par les pairs) ou CASPPER, référence ludique au « gentil fantôme ».

C'est donc une nouvelle norme dans l'industrie : la mise en marché de la plupart des médicaments présentant un important potentiel de vente est accompagnée de la publication de 50, 60 ou même 100 articles scientifiques rédigés par des auteurs fantôme. Toute firme qui refuserait de se prêter au jeu pour des raisons d'éthique risquerait de perdre des parts de marché. Dans le secteur pharmaceutique, les bénéfices sont fonctions de la capacité des firmes à influencer les connaissances médicales et à étendre les frontières de la niche de marché pour leurs produits.

## **Quel intérêt pour les chercheurs universitaires?**

Mais pourquoi des universitaires acceptent-ils de signer des articles scientifiques qu'ils n'ont pas écrits et qui s'appuient sur des recherches qu'ils n'ont pas réalisées? Parce qu'ils obtiennent une reconnaissance de leur université et de leurs collègues pour le nombre et l'influence de leurs publications. Et à ce titre, les firmes pharmaceutiques et leurs agents de

communication savent mieux que quiconque comment obtenir la publication d'articles dans des revues prestigieuses et comment mousser encore davantage l'importance de ces articles en faisant en sorte que leurs multiples représentants commerciaux les fassent circuler et vantent leurs mérites.

Les chercheurs qui acceptent de servir d'auteurs à des études et analyses (souvent scientifiquement valables) favorables à l'industrie peuvent ainsi s'attendre à ce que ces articles accroissent leur prestige et leur influence, et même le financement dont ils bénéficient.

Mais que se passe-t-il lorsque, à l'inverse, un chercheur produit des études et des analyses (aussi scientifiquement valables) démontrant que des produits sont dangereux ou inefficaces, comme certains l'ont fait à propos du Vioxx avant qu'éclate le scandale lié à ce médicament? À la lecture de courriels internes de Merck dévoilés lors des audiences du recours collectif intenté contre la firme, on a découvert que cette dernière avait dressé une liste de chercheurs « délinquants » qu'il fallait « discréditer » ou « neutraliser »; « retrouvez-les et détruisez-les où qu'ils soient » [traduction], pouvait-on lire dans l'un de ces courriels. Huit chercheurs de Stanford ont dit avoir reçu des menaces de la part de Merck après avoir publié des résultats défavorables.

Dans le cas de l'Avandia, un rapport du Sénat américain déplorait que la firme GlaxoSmithKline, lorsque confrontée à des études indépendantes défavorables, avait cherché à

discréditer les résultats et à intimider les chercheurs indépendants.

## **Les universités au service de la complaisance**

Il en va de même pour les intérêts des universités qui cherchent à multiplier les partenariats avec les firmes: un chercheur complaisant a plus de chance d'obtenir du financement externe. Pour une université, sanctionner ce type de comportement pourrait donc être mal perçu par ses partenaires industriels.

Dans le cas du Paxil, l'étude 329 avait « sélectionné » les résultats pour dissimuler des effets adverses importants, parfois mortels, ainsi que l'absence de bénéfice supérieur à un placebo. Les résultats ont fait l'objet de publications rédigées par des auteurs fantômes et signées par des chercheurs complaisants. C'est ce type d'études biaisée qui a permis au Paxil de se glisser parmi les trois meilleurs vendeurs aux pays. Les universités des chercheurs en cause ont refusé jusqu'à ce jour de sanctionner cette complaisance éthique, que certains considèrent criminel.

Tant et aussi longtemps que les firmes pharmaceutiques détiendront les cordons de la bourse dans le domaine de la recherche médicale, les connaissances médicales continueront à être produites de manière sélective au service de la commercialisation des médicaments plutôt qu'à la promotion de la santé. De la même façon, tant et aussi longtemps que les universités plieront l'échine devant les grandes pharmaceutiques pour obtenir de nouveaux partenariats avec

elles, la porte demeurera grande ouverte à la corruption institutionnelle de la recherche médicale.

*Dr Marc-André Gagnon est professeur adjoint à la School of Public Policy and Administration de l'Université Carleton. Il œuvre également à titre d'expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca, une ressource en ligne complète et indépendante mise sur pied afin d'aider les journalistes à mieux couvrir les enjeux liés à la santé au Canada. Sergio Sismondo, Ph. D., est professeur de philosophie et de sociologie à l'Université Queen's. Il mène actuellement des recherches sur les rapports qu'entretient l'industrie pharmaceutique avec la médecine universitaire et les médecins praticiens.*

*Une version de ce commentaire est parue dans le Soleil.*

**octobre 2012**

# Who will pay for what?

*'Private' healthcare means allowing insurance companies to provide for your well being*

ALAN CASSELS



You're sitting there waiting as the doctor's pen is poised above the prescription pad. He pauses a second, looks up, and asks: Do you have private insurance?

Thus the game begins, and your response to that innocent query contains the answer to where Canada's publicly funded health system is heading. Without being too dramatic, the sustainability and comprehensiveness of our universal healthcare system relies on governments' collective response to a simple question: who will pay for what?

If your doctor makes different decisions based on who is paying for the drug you'll swallow, he's perhaps unaware of how he's inserted himself into Canada's raging 'public vs. private' healthcare debate. On one side of that debate are those such as the former president of the Canadian Medical Association, Dr. Anne Doig who called for more federal involvement in how our provincial health systems are managed. Her comments received a swift rebuke from the folks down at the Fraser Institute, who said that reforming Canada's monopolistic universal health system is like rearranging the Titanic's deck chairs.

Like many proponents of private healthcare, the Fraser Institute claims the 'economics' problem of Canada's health system is due to a government monopoly over how medical care is funded and allocated. They argue that consumers need to be 'sharing' the cost of healthcare to make it sustainable. This means more money directly from your pocket. But how would that actually work?

The closest thing we've got to a system of public/private sharing of healthcare costs in Canada is around pharmaceuticals, where 55 per cent of our \$30 billion annual prescription drug market is paid out of private insurance according to the Canadian Institute of Health Information. Which is to say, many Canadians are covered for pharmaceuticals through their employment-based drug plans so it's worth taking a closer look to see how that's working.

### **Private drug insurance plans costly and inefficient**

When you put the private drug plans under the microscope, instead of seeing efficiency and cost effectiveness in prescribing — compared to public drug plans — you often find the opposite. A few years ago my colleague Dr. Joel Lexchin and I published an analysis of the top 10 most expensive drugs paid for by private drug plans in Canada and we found that the plans were spending about twenty-five per cent more than they needed to, compared to a basket of equally effective, but less expensive medications.

The main difference between public and private plans is that private drug plans generally don't restrict what they pay for. Public plans do and usually those decisions come down to issues of safety and comparative cost effectiveness. For example, some public drug plans in Canada appropriately restrict the use of a very new diabetes drug called Januvia which at about \$2.80 per pill is no more effective than the cheaper, older metformin, which sells for about six cents per pill. (All prices based on the Ontario Drug Program prices).

Januvia also comes with warnings of acute pancreatitis which can be fatal.

Another restricted drug is the sister drug to Vioxx, the pain medication Celebrex, which is nearly three times the price of an equivalent generic pain reliever like naproxen. The blood pressure-lowering drug Diovan is at the top of the charts in private plans, and at about \$1.20 per pill there is no evidence that it is more effective or safer than generic ramipril which costs about 20 cents. In fact, according to a recent study in the *Canadian Medical Association Journal* if drugs in the same class as Diovan (drugs known as ARBs) had been restricted by drug plans in favour of drugs like ramipril (a class of drugs known as ACE-Inhibitors) then the Canadian health system would have saved more than \$77 million in 2006 without any adverse effects on cardiovascular health.

Your private plan automatically covers drugs like Celebrex, Januvia and Diovan, no questions asked. Me? I'm glad that public drug plans appropriately keep coverage of those drugs limited to only those people who need them.

### **Escalating drug plan costs mean fewer employee wage increases**

It's clear what is going on here: employees who get private, and unrestricted drug coverage are facing escalating costs. According to the Canadian Institute of Health Information, private plans are growing at about twice the rate of public drug plans. Private drug plans are often managed by insurers who get paid as a percentage of the cost of the scripts they

process, so there is no incentive to seek ‘value-for-money’ arrangements. In the end, employers absorb those rising costs while denying the workers raises.

Don’t believe me? Ask any unionized teacher in BC who just voted for a strike mandate how happy they are with being offered zero wage increases. Certainly they could make a better argument for increased wages if they were willing to forego inefficient drug benefits coverage

At the end of the day, people might say: “I don’t care: I want to have access to whatever drug my doctor prescribes (and my private insurance pays for).”

Automatically covering whatever the doctor prescribes is a great idea if Canada’s doctors were well-versed in the comparative costs, safety and effectiveness profiles of the various drugs on the market but they’re not. Private insurance programs in Canada don’t manage the formulary — the basket of products worthy of coverage — and have no real interest in promoting coverage of the most effective, affordable and safest drugs.

So at the end of the day, do we want more of that? Do we really want to trust more of our healthcare system to private operators which groups like the Fraser Institute are suggesting? Do we want less public involvement or more in our decision-making?

Those are a few questions worth pondering the next time you’re facing your doctor poised to write that new prescription.

*Alan Cassels is a drug policy researcher at the University of Victoria and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post and Times & Transcript.*

**May 2011**

# Our health system requires move to innovative, responsive, and integrated care, not privatization

GREGORY MARCHILDON



Canadian voters consistently rank healthcare among their highest priorities, so it was not surprising to see it pop up as an issue during the recent federal election campaign. However, by promising to renew the 10-year deal with the provinces and territories on the Canada Health Transfer, all the main party leaders were able to avoid explaining in detail what they would do to reform and revitalize the health system. More disquieting, however, was the fact that their commitment to this deal removed any motivation for the premiers to sit down with the prime minister to set a new direction for medicare. After all, the money has been promised with no strings attached.

This is most unfortunate because, whether we like it or not, 'business as usual' in healthcare is not a viable option. We must choose which road of reform we want to go down. There have been some positive efforts to improve the quality and timeliness of targeted public healthcare services, but these actions have been too incremental, too sporadic, and, well, just too small to be real game-changers. While both the federal and provincial governments had the luxury of pumping money into healthcare over the past decade without running deficits, this will not be possible in the coming years — the recent recession and rising inflation almost guarantee greater public-sector restraint. Meanwhile, the cost of 'business as usual' is ballooning, with healthcare taking up between 40 and 50 per cent of program spending in the provinces.

We have two possible, contrasting approaches to health reform. One assumes that universal medicare has been a failure and that we need to build something else entirely, while the other argues that, building on the achievement of medicare, it is time to implement its second phase.

The anti-medicare approach goes like this: Given the impact of aging, we cannot continue to spend billions of taxpayer dollars on healthcare. It is time to be grown-up about this, and to make Canadians assume greater individual responsibility for healthcare by delisting services and imposing user fees and co-payments. This way, we can release the pressure on public budgets by funding more healthcare privately. Moreover, since healthcare is a provincial responsibility, the federal government should reduce, or eliminate, federal transfers to the provinces, and allow them to experiment with private funding — even if this means getting rid of the Canada Health Act. In effect, this approach to healthcare reform assumes that the problem is on the funding side, and thus advocates replacing a tax-based pooling with private financing as the fix. Far from being a visionary, future-oriented approach, this is in fact a trip back to the past, to the era before the existence of universal medicare.

A half-century ago, as a critical first step to ensuring every Canadian had access to necessary medical services on the basis of need, rather than income, we reformed how our health services were funded. That transformation produced remarkable results. But further change is now needed to

improve the quality and expand the range of services for Canadians. Accordingly, the sounder choice for reform is to provide more innovative, responsive, and integrated care, but to do so in ways that preserve the advantages of universal access under medicare. There are many ways to encourage this innovation, and none are really impeded by tax-based funding.

Single-payer administration of hospital and physician services has been ‘our ace in the hole’ in terms of keeping administrative costs down. Private insurance is far more costly and administratively burdensome for both patients and providers. The two most costly health systems in the world — in the United States and Switzerland — have been built on private health insurance.

The federal role remains important. The principles behind the Canada Health Act and federal transfers not only ensure Canadians have access to insured health services on roughly the same terms, but also reduce regional inequalities through a national tax pool, and promote mobility through the portability condition.

What we don’t need is yet another commission on healthcare. In fact, the opposite is true. A decade ago, a plethora of commissions and advisory bodies informed federal and provincial governments of varying partisan stripes. They had quite different recommendations on the delivery side, but they were of one view on funding: None recommended replacing single-payer administration with private health

insurance, and none advocated the abolition of the Canada Health Act.

After extensive and multi-layered consultations, the Romanow Commission found that the majority of Canadians continued to believe in access based on need rather than the ability to pay. But Commissioner Roy J. Romanow urged the federal government to meet with the provinces and collectively provide direction on major health reforms to ensure better performance and future sustainability. While he felt that some money from Ottawa was necessary after years of underfunding, he said that money should be used to facilitate fundamental changes in governance, accountability, and service delivery. Despite this, then prime minister Paul Martin was able to avoid the conversation by throwing a huge amount of money at the provinces in 2004 — more money than Romanow argued would have been necessary to lever the transformational change recommended in his report.

Recent calls for yet another commission remind me of referendums on separation, and, particularly, some people's desire to keep holding them until they get the answer they want. In 1964, the Royal Commission on Health Services released a report that made recommendations for a public healthcare system that were met by howls of outrage from many in the Canadian establishment because they were not the answers they wanted to hear. But the recommendations were supported by a majority of Canadians, and the report eventually forced then prime minister Lester B. Pearson's divided cabinet to decide.

The recent commissions have done their work. Now, it's time for our federal, provincial, and territorial governments to act, but in ways that respect the priorities and values of the majority of Canadians, rather than the interests of a few.

*Gregory Marchildon is Canada Research Chair at the University of Regina and was the Executive Director for the Romanow Commission. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Toronto Star, the Lethbridge Herald and HealthEdition.com.*

**May 2011**

## SECTION 8

# Building the future of healthcare

*Financing only the first stage*

GREGORY MARCHILDON



As premier of Saskatchewan, Tommy Douglas was instrumental in introducing universal hospital insurance in 1947 followed by universal medical-care coverage in 1962. Without a doubt, these two pioneering experiments became the template for what we now call universal medicare in Canada. But it is essential to remember that rearranging the financing of the system so that everyone would have access to medically necessary care was only the first step for Douglas.

The critical second stage was a fundamental reorganization of the delivery system to build in more illness prevention and health promotion, and extend care beyond hospitals and physicians. This, he recognized, was the more difficult stage, and he always hoped and expected Canadians to meet that challenge after he retired from political life.

The fact that we have made only limited progress on the second stage of medicare during the last couple of decades is hardly his fault. Nor is it the fault of the political leaders who took Douglas' model in Saskatchewan to build national medicare, from John Diefenbaker (a Conservative) to Lester B. Pearson (a Liberal).

There are at least three aspects of the Douglas model of medicare that should be celebrated, because they provide the sturdy foundation on which we can build the next stage of medicare. The first is universality, one of the five principles under the Canada Health Act. For Douglas, universality was the key to his reform.

In contrast, access to private health insurance is based on ‘ability to pay,’ combined with your health risk profile. While you can avoid or mitigate this through employment-based health insurance, your access then becomes determined by the type of job you hold.

Douglas replaced this system with a tax-funded approach that allowed coverage to be offered to everyone, irrespective of job, age or pre-existing medical condition. After Douglas’ momentous reform, access to medical care became based on ‘need,’ rather than ‘ability to pay,’ or where you happened to be employed.

Although accepted by almost all Canadians today, universality was a contentious change at the time. In this, history provides a useful lesson in the outrageous claims made by the powerful anti-medicare coalition during the doctors’ strike in Saskatchewan in 1962. Contrary to what organized medicine, the insurance companies, business groups and almost every provincial government alleged at that time, medicare actually improved life for the vast majority of Canadians, including doctors.

The second essential dimension of Canadian medicare is public administration. Contrary to what is often assumed, this does not mean public delivery. But it does mean that any publicly-financed system of health insurance must be accountable to those who pay the piper and use the services — i.e., taxpayers and citizens through their elected representatives.

We call our system ‘single-payer’ to distinguish it from systems where governments own and operate almost all aspects of the delivery system. In the late 1940s, for example, the government of the United Kingdom took over the ownership of all hospitals when it introduced the National Health Service (NHS). Far from an ideologue, Douglas never intended the government to own or control all aspects of delivery as long as there was accountability for public funding back to elected legislatures.

This brings me to the third essential dimension, what I will call the Douglas-Diefenbaker-Pearson legacy; and that is the federal-provincial nature of universal medicare in Canada.

This is a system in which the provinces are responsible for managing their respective system, while the federal government is responsible for providing the provinces with the incentive to adhere to a few common standards. This is no micro-management.

Moreover, not one of the five principles of the Canada Health Act prevents the provinces from being more entrepreneurial in the delivery of higher quality and more timely health services. Even under the current system, provinces cannot be forced to comply with national principles, such as portability; instead, they are induced to do so by federal cash transfers and the possibility of their partial withdrawal. But surely this is the minimum we should expect from the provinces for the billions of dollars they receive in federal health transfers.

Without this minimal federal role, the terms of access to healthcare will vary from province to province and portability will become a sham. This is precisely what we are in danger of losing, as successive federal governments provide cash transfers for healthcare with little or no concern for ensuring the integrity of the principles of the Canada Health Act.

On this, more than ever, we need Douglas' vision, leadership and balanced understanding of our federation more than ever. Rather than go backwards to a time before medicare, we can focus on the more important business of reforming the health delivery system so that it will improve the quality of life for all Canadians, not just a privileged few.

*Gregory Marchildon is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. He is also a Canada Research Chair and professor, Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy, University of Regina, and former executive director of the Romanow Commission.*

*A version of this commentary appeared in the National Post, Huffington Post and the Hill Times.*

**February 2012**

## SECTION 9

# Bâtir l'avenir des soins de santé

*Assurer uniquement le financement de la première phase*

GREGORY MARCHILDON



En tant que premier ministre de la Saskatchewan, Tommy Douglas a joué un rôle important dans la mise en place de l'assurance-hospitalisation universelle en 1947, puis du régime universel de soins médicaux en 1962. Sans l'ombre d'un doute, ces deux expériences d'avant-garde ont servi de canevas à ce que nous appelons maintenant le régime universel d'assurance-maladie au Canada. Il ne faut pas oublier que pour M Douglas, la réorganisation du financement du système de manière à ce que tout le monde puisse avoir accès à des soins médicalement nécessaires ne constituait que la première étape.

La seconde phase essentielle reposait sur une restructuration de fond en comble du réseau de services afin d'y faire davantage de prévention de la maladie et de promotion de la santé et d'étendre les soins au-delà des hôpitaux et des médecins. M. Douglas a admis qu'il s'agissait là de la phase la plus difficile. Il a toujours espéré et voulu que les Canadiens relèvent le défi après son retrait de la vie politique.

Le fait que nous ayons accompli très peu de progrès pour ce qui est de la deuxième phase du régime d'assurance-maladie au cours des deux dernières décennies n'est pas vraiment de sa faute. Comme ce n'est pas non plus celle des chefs politiques qui se sont servis du modèle de M. Douglas en Saskatchewan pour mettre sur pied un régime national d'assurance-maladie, que ce soit de John Diefenbaker (un Conservateur) à Lester B. Pearson (un Libéral).

Il y a au moins trois aspects du modèle d'assurance-maladie de M. Douglas qui méritent d'être reconnus, puisqu'ils constituent le fondement solide sur lequel nous pouvons asseoir la prochaine phase du régime d'assurance-maladie. Le premier est l'universalité, l'un des cinq principes en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Pour M. Douglas, l'universalité était le pilier de sa réforme.

Par contre, l'accès à une assurance-maladie privée repose sur la « capacité de payer » ainsi que sur le profil de risque pour la santé de la personne. Même si une assurance-santé fournie par l'employeur permet d'éviter ou d'atténuer cet état de fait, l'accès est alors régi par le type d'emploi occupé.

M. Douglas a replacé ce système dans une formule financée par les contribuables qui permettait qu'une protection soit offerte à tout le monde, sans tenir compte de l'emploi, de l'âge et des troubles médicaux antérieurs. Après sa réforme majeure, l'accès aux soins de santé est désormais fondé sur les « besoins » plutôt que sur la « capacité de payer » ou le lieu de travail de la personne.

Bien qu'acceptée par presque tous les Canadiens aujourd'hui, la notion d'universalité constituait un changement controversé à l'époque. À cet égard, l'histoire donne une leçon salutaire à propos des affirmations outrancières que soutenait la puissante coalition contre l'assurance-maladie lors de la grève des médecins en Saskatchewan en 1962. Contrairement à ce que prétendaient la profession médicale, les compagnies d'assurances, les groupes d'entreprises et presque tous les

gouvernements provinciaux à cette époque, l'assurance-maladie a permis d'améliorer la vie de la grande majorité des Canadiens, y compris des médecins.

La deuxième dimension essentielle de l'assurance-maladie canadienne a trait à l'administration publique. À l'inverse de ce que l'on tient souvent pour acquis, cette notion ne correspond pas à la prestation publique. Mais cela signifie plutôt qu'un système d'assurance-maladie financé par les deniers publics doit rendre des comptes à ceux qui paient la note et utilisent les services, à savoir les contribuables et les citoyens par l'entremise de leurs représentants élus.

Nous désignons notre système sous l'appellation de « payeur unique » pour le distinguer des autres systèmes où les gouvernements s'approprient et gèrent presque tous les aspects du système de prestation. À la fin des années 40, par exemple, le gouvernement du Royaume-Uni a pris les rênes de tous les hôpitaux lors de la mise en place du Service national de la santé. Loin d'être un idéologue, M. Douglas n'a jamais voulu que le gouvernement s'approprie ou contrôle tous les aspects de la prestation à condition qu'il y ait une obligation de rendre des comptes aux assemblées législatives élues sur le financement public.

Ce qui m'amène à la troisième dimension essentielle, ce que j'appellerai le legs de Douglas-Diefenbaker-Pearson; et c'est la nature fédérale-provinciale du régime universel d'assurance-maladie au Canada.

Il s'agit d'un système dans lequel les provinces ont la responsabilité de gérer leur système respectif tandis que le gouvernement fédéral a pour mission de doter les provinces de mesures incitatives de manière à adhérer à quelques normes communes. Il n'est pas question ici de microgestion.

De plus, aucun des cinq principes de la Loi canadienne sur la santé n'empêche les provinces d'être davantage inspirées par l'esprit d'entreprise lors de la prestation de services de santé de meilleure qualité en temps plus opportun. En vertu du système actuel, on ne peut obliger les provinces à se conformer aux principes nationaux, notamment la transférabilité; au lieu de cela, les transferts fédéraux en espèces et la possibilité d'un retrait partiel les incitent à le faire. Mais, certes, cela constitue le minimum auquel nous pouvons nous attendre des provinces pour les milliards de dollars qu'elles reçoivent des transferts de fonds fédéraux pour la santé.

Sans ce rôle minimal du gouvernement fédéral, les conditions de l'accès aux soins de santé varieraient d'une province à l'autre et la transférabilité deviendrait une farce. C'est précisément ce que nous risquons de perdre lorsque les gouvernements fédéraux successifs procèdent à des transferts en espèces pour les soins de santé en n'accordant peu d'importance, voire aucune, à l'intégrité des principes de la Loi canadienne sur la santé.

Sur cette question, plus que jamais, nous avons besoin de la vision de M. Douglas, de sa volonté politique et de sa

compréhension équilibrée de notre fédération. Plutôt que de revenir en arrière, avant l'avènement de l'assurance-maladie, nous pouvons axer nos efforts sur la tâche bien plus importante de réformer le système de soins de santé de sorte que la qualité de vie de tous les Canadiens s'en trouvera améliorée et non seulement celle d'un petit nombre de privilégiés.

*Gregory Marchildon est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Il est également titulaire d'une chaire de recherche du Canada et professeur à la Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy, à l'Université de Regina et ancien directeur administratif de la Commission Romanow.*

**février 2012**

# Wrestling with Big Pharma

## *How a country of just four million can teach Canada how to bargain*

COLLEEN FLOOD



Canadians spend a lot of money (public and private) on healthcare and much of that is spent on drugs — some \$23.4 billion in 2008. Provincial insurance plans are desperately trying to cope, looking to initiatives like the recently passed Ontario law that caps prices of generic drugs at 25 per cent of the brand name equivalent.

In New Zealand, a small country of just four million people, they do things a bit differently. They don't rely on law to set prices, they use the market itself. An arm's length government agency, Pharmac, is allocated a budget from government and within that budget it makes the best decisions it can on what drugs to fund for New Zealand's health insurance plan.

Unlike Canada all Kiwis are covered for medicines and pay just a few dollars out-of-pocket at the pharmacy for each medication. Pharmac is small, just 60 people, and its job is to wrestle with the Goliaths in the pharmaceutical industry to negotiate from them the best prices and overall deals they can. What enrages the drug industry is that Pharmac is prepared to say no to things like me-too drugs and new innovations, and simply walk away from the deal if the price of the drug is too high given the health benefit promised.

Being willing to say no means that Pharmac can negotiate prices with drug companies — if the price comes down the cost-effectiveness ratio improves — and thereafter the drug could be included in the insurance plan.

It pays to drive a hard bargain: the Organization for Economic Co-operation and Development in 2008 found New Zealand spent approximately CAD \$316 per capita on drugs compared to \$864 per capita in Canada and \$1,104 per capita in the U.S. And there is little appreciable difference between the range of drugs funded in New Zealand and countries of comparable wealth.

Pharmac of course is not without its critics and in New Zealand there are concerns that some new drugs should be funded that are not. The government, however, can increase the size of Pharmac's budget, as it has done over the last few years, if it considers that resources are better spent there than on, for example, reducing wait times for elective surgery or primary care access. But it is important to remember, as much as we conveniently ignore the fact, that in healthcare, money spent on one thing simply can't be spent on another.

This feisty behavior on the part of a small country at the edge of the world is now the focus of attention of our neighbor to the south, the U.S. New Zealand is in the process of free trade negotiations with Singapore, Brunei, Chile, Australia, Malaysia, Peru and Vietnam and the partners are looking to include the U.S. Ironically as part of this 'free trade' negotiation New Zealand is being pressured to give up its market approach.

Big Pharma's latest move has been to rally 28 U.S. Senators to write to President Obama singling out Pharmac as flouting intellectual property rights. But they are blowing smoke as

Pharmac does not by law or other means compromise patent rights. What it does is leverage taxpayers' bargaining power to insist on lower prices. This is exactly what U.S. private health insurers do — they use their market power to negotiate with drug companies using many of the same strategies that Pharmac does — and they would never pay the sticker-price posted for drugs for their insured populations.

Post the Christchurch earthquake, New Zealand's relatively small economy is on shaky ground and it may be prepared to concede much in exchange for better access to U.S. markets, particularly for its dairy products. No matter what the outcome of this David vs. Goliath battle, there is much to be learnt from the Pharmac experience for Canada. Drug companies release and heavily promote drugs of relatively small benefit and bring enormous pressure, particularly upon provincial governments and other public payers, to cover these drugs.

A little bit of market pressure back wouldn't go astray.

*Colleen M. Flood is the Canada Research Chair in Health Law and Policy, Faculty of Law at the University of Toronto. She is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Toronto Star and the Mark News.*

**May 2012**

# Private healthcare by stealth

*We have much to lose if we tinker with the Canada Health Act*

ALLAN MASLOVE



Calls to carve up certain provisions of the Canada Health Act have been cropping up for years. Most recently, a widely circulated report from the Macdonald-Laurier Institute (MLI) advocates for the elimination or relaxing of certain provisions of the Act. Why? To provide the provinces with more discretionary room to reform their healthcare systems, goes the argument — one we've heard many times before.

But the truth is that the provinces already have plenty of levers available if they wish to undertake a wide range of healthcare reforms.

What's less frequently discussed is what we risk losing if certain principles of the Canada Health Act were to be relaxed or abandoned completely.

Specifically, the Macdonald-Laurier report calls for two of the five principles in the Act to be dropped: first, the condition that provincial insurance systems be publically administered, and second, the prohibition of user fees. The other three principles — universal coverage, comprehensive coverage of medically necessary services provided by doctors and hospitals, and inter-provincial portability — would remain unchanged.

The Act requires the provinces and territories to conform to the five broad principles in order to receive federal funds. Beyond these principles, however, they are free to design their systems as they wish to meet their respective needs.

The Canada Health Act is thus a statement of national values that aggregates 13 somewhat disparate systems into a cherished national program. And by most international comparators, and Canadian public opinion, it works pretty well most of the time.

Within this national framework, the provinces have enormous scope with respect to how they can organize, co-ordinate and manage their delivery systems, in what form and how much they pay their doctors and other healthcare professionals, how they fund their hospitals and other institutions, how much they spend, and even — to a limited extent — what services to provide.

Indeed, while respecting the principles of the Act, provinces have already invested in a wide variety of innovations as pilot projects, many with very positive results. While provinces may be encountering some problems scaling up promising reforms, a lack of discretionary room to innovate is not the roadblock.

So there are already ample provincial levers available to improve our healthcare system. What might be at risk if we abandon these two principles of the Act?

First, on the requirement of public administration, it is important to point out that this refers only to the financing of insured services — it does not speak about the providers. There are already many private providers in all of the provincial health systems, including the majority of the doctors, diagnostics labs, and even some hospital-like

institutions. There is nothing in the public administration clause that prevents provinces from proceeding further down this path if they choose.

The public administration provision requires only that all providers of insured services be paid out of the provincial treasury. It is this provision that creates the much-heralded ‘single-payer’ model that is administratively highly efficient and justifiably lauded by most analysts, here at home, and internationally. We should not abandon this in pursuit of unnecessarily increasing provincial policy discretion.

Critics, including the MLI study, point out that some European countries allow their citizens to use alternate insurance plans. But these plans are usually not what Canadians envision when we hear the phrase ‘private insurance;’ the European plans are likely to be non-profit insurance pools or insurance co-ops. In all cases, they are strictly regulated.

On the topic of user fees, critics routinely suggest they would ease pressure on taxation, and in part, discourage unnecessary demands for service. But there has never been any good evidence to suggest that user fees would do anything more than shift costs away from healthier and wealthier taxpayers to sicker and poorer users. In fact, there is no evidence at all that user fees reduce the unnecessary uses of health services. It is just as likely that ‘legitimate’ users may delay seeking appropriate care until their conditions become

more acute, more complicated and more expensive — on the public dime.

Ultimately, the real risk is that Medicare would soon become a public program serving the lower tiers of the income spectrum, and for those with the greatest and most complex health needs (the two groups heavily overlap). Higher income individuals would quickly perceive an alternative: buying what they need in a private healthcare market and reducing their commitment to maintaining the public system with their taxes.

If that happens can anyone be confident that a high quality public system can be sustained?

*Allan Maslove is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a Professor Emeritus at the School of Public Policy & Administration, Carleton University.*

*A version of this commentary appeared in iPolitics, Vancouver Sun and the Times Colonist.*

**July 2012**

## SECTION 12

# Des soins de santé privés par des moyens détournés

*Nous avons beaucoup à perdre à retoucher la Loi canadienne sur la santé*

ALLAN MASLOVE



Les appels à remanier certaines des dispositions de la Loi canadienne sur la santé reviennent de manière récurrente depuis des années. Tout récemment, un rapport de l’Institut Macdonald-Laurier (IML) largement diffusé a plaidé en faveur de l’élimination ou de l’assouplissement d’une partie du contenu de cette loi. Pourquoi? Afin d’accorder aux provinces une marge discrétionnaire accrue pour réformer leurs systèmes de santé — un argument maintes fois entendu.

En réalité, cependant, les provinces disposent déjà de plusieurs leviers pour entreprendre, si elles le désirent, un large éventail de réformes dans le domaine de la santé.

Ce dont on parle moins, c’est de tout ce que l’on risque de perdre si certains des principes de la Loi canadienne sur la santé sont atténués ou complètement abandonnés.

Le rapport Macdonald-Laurier demande expressément l’abandon de deux des cinq principes énoncés dans la Loi : premièrement, la condition exigeant que les régimes d’assurance-maladie provinciaux soient gérés par une autorité publique; deuxièmement, l’interdiction des frais modérateurs. Les trois autres principes — l’universalité du régime, son intégralité, soit l’assurance complète de tous les services fournis par les hôpitaux et les médecins, et sa transférabilité interprovinciale — resteraient inchangés.

La Loi rend l’octroi de fonds fédéraux aux provinces et aux territoires conditionnel à leur respect des cinq grands principes. Une fois admis ces principes, les provinces et

territoires ont la liberté de concevoir les systèmes de leur choix pour répondre à leurs besoins respectifs.

La Loi canadienne sur la santé est ainsi un énoncé de valeurs nationales qui réunit 13 systèmes quelque peu disparates au sein d'un précieux programme national. Par rapport à la plupart des comparateurs internationaux, et selon l'opinion publique canadienne, elle fonctionne assez bien la plupart du temps.

Dans ce cadre national, les provinces ont un immense champ d'action en ce qui a trait à la manière d'organiser, de coordonner et de gérer la prestation des services, au mode et au montant de la rémunération de leurs médecins et autres professionnels de la santé, au mode de financement de leurs hôpitaux et autres institutions, au niveau de leurs dépenses en santé et même, dans une certaine mesure, à la définition des services à fournir.

En effet, tout en respectant les principes de la Loi, les provinces ont déjà investi dans une grande diversité d'innovations à titre de projets pilotes, et souvent avec des résultats très positifs. Les provinces font peut-être face à des difficultés lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre à grande échelle des réformes prometteuses, mais l'obstacle ne réside pas dans l'absence de marge de manœuvre pour innover.

De nombreux leviers sont donc déjà à la portée des provinces pour améliorer notre système de santé. Qu'est-ce que mettrait en danger l'abandon des deux principes que certains veulent éliminer de la Loi?

Premièrement, concernant l'exigence d'une gestion des régimes par une autorité publique, il est important de souligner que cette condition s'applique uniquement au financement des services assurés — elle ne traite pas des fournisseurs. On retrouve déjà plusieurs fournisseurs privés dans tous les systèmes de santé provinciaux, ce qui comprend la majorité des médecins, des laboratoires de diagnostic et même certains établissements de type hospitalier. Rien dans la clause relative à la gestion publique n'empêche les provinces d'aller de l'avant en ce sens si elles le souhaitent.

La disposition relative à la gestion par une autorité publique exige uniquement que tous les fournisseurs de services assurés soient payés à même le Trésor provincial. C'est cette disposition qui est à l'origine du fameux système « à payeur unique », dont l'efficacité sur le plan administratif a été vantée avec raison par la plupart des analystes, ici au Canada et à l'échelle internationale. Il ne faudrait pas que nous perdions cet atout dans la quête inutile d'un pouvoir discrétionnaire accru des provinces en matière de politiques santé.

Des critiques, dont le rapport de l'IML, soulignent que certains pays européens permettent à leurs citoyens de recourir à d'autres régimes d'assurance. La plupart de ces régimes, toutefois, ne correspondent pas aux « assurances privées » telles que les conçoivent les Canadiens, mais sont le plus souvent des groupements de coassurance ou des coopératives d'assurance sans but lucratif. Dans tous les cas, ils sont strictement réglementés.

Les critiques en faveur des frais modérateurs font régulièrement valoir que cette mesure allégerait le fardeau fiscal et découragerait jusqu'à un certain point les demandes de services non pertinentes. Mais aucune preuve solide n'a permis d'établir que les frais modérateurs ne se limiteraient pas à réduire la part des coûts assumée par les contribuables les plus en santé et les plus riches pour la faire porter par les utilisateurs les plus malades et les plus pauvres. En fait, absolument rien ne prouve que les frais modérateurs réduisent le recours inutile à des services de santé. Il est tout aussi probable que les utilisateurs « légitimes » reportent leurs démarches en vue d'obtenir des soins appropriés jusqu'à ce que leur état s'aggrave, en entraînant des complications et des coûts accrus — qui devront être assumés en puisant dans les deniers publics.

En fin de compte, le risque réel, c'est que le régime d'assurance-maladie devienne bientôt un programme public destiné à la partie de la population ayant les revenus les plus bas ainsi qu'aux personnes dont les besoins en matière de santé sont les plus grands et les plus complexes (ces deux groupes se chevauchant largement). Les personnes à revenu élevé se tourneraient rapidement vers une autre avenue : l'achat des produits qui leur conviennent sur le marché privé des soins de santé, accompagné d'une réduction de leur contribution fiscale au maintien du système public.

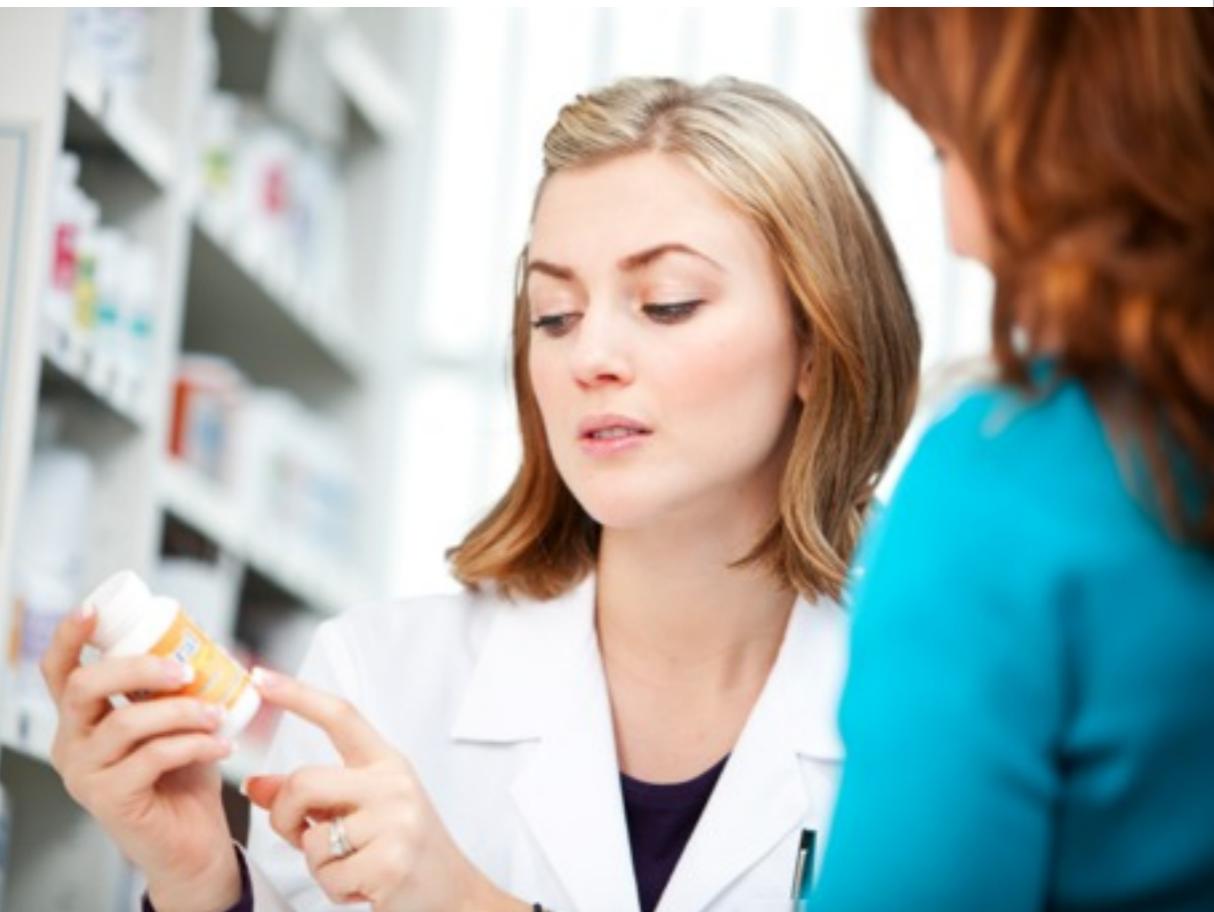
Dès lors, qui pourrait encore croire en la préservation d'un système public de haute qualité?

*Allan Maslove* est conseiller expert associé au réseau EvidenceNetwork.ca et professeur émérite à l'École d'administration et de politiques publiques de l'Université de Carleton.

**juillet 2012**

# Quelle stratégie québécoise pour l'accès au médicament?

MARC-ANDRÉ GAGNON



Il y a quelques semaines, le Conseil de la Fédération annonçait que l'ensemble des provinces, excluant le Québec, participeraient à une agence nationale pour l'achat groupé de médicaments génériques, tout en accélérant le processus pour l'achat groupé de médicaments brevetés. Le Québec a préféré ne pas se joindre à cette entente pour préserver son autonomie, ce qui est compréhensible. Toutefois, le véritable problème est que le Québec ne possède aucune stratégie alternative pour contenir le coût de ses médicaments et accroître l'accès aux nouvelles thérapies coûteuses.

Le Canada se classe continuellement parmi les cinq pays les plus chers parmi l'OCDE pour le prix de ses médicaments prescrits, et le Québec est la province la plus chère au Canada. Depuis, 2000, le Canada connaît aussi la croissance annuelle moyenne des coûts en médicaments parmi les plus rapides des pays de l'OCDE, et le Québec se classe en tête!

L'achat groupé de médicaments n'est plus une option, c'est une nécessité. Jusqu'en 2006-2007, le prix officiel des médicaments brevetés était le prix payé par l'acheteur. Depuis 2007, plusieurs compagnies pharmaceutiques ont mis sur pied une nouvelle stratégie d'affaires: gonfler le prix officiel suggéré, puis négocier des rabais par la suite avec les différents acheteurs. Ce type de rabais, souvent confidentiels, sont la nouvelle norme pour les régimes publics d'assurance-médicaments.

Ne pas négocier de rabais s'avère coûteux. Aux États-Unis, le régime Medicare (qui couvre les personnes âgées) n'octroie

pas les mêmes rabais que le programme Medicaid (qui couvre les familles à faible revenus), ce qui porterait atteinte aux intérêts des firmes pharmaceutiques.

Le résultat a été de donner aux firmes un incitatif à gonfler leur prix officiel, quitte à négocier des rabais avec les autres acheteurs. Le U.S. Congressional Budget Office estime que ce refus de négocier coûtera aux contribuables américains \$112 milliards (oui, milliards!) de plus dans les dix prochaines années.

En refusant de développer une stratégie collective de négociation, le Québec se retrouve dans la même position. Les autres provinces recourent déjà systématiquement à des ententes confidentielles avec les firmes: elles listent les médicaments sur les formulaires provinciaux au prix officiel, et obtiennent de manière confidentielle d'importantes ristournes, de l'ordre de 40%, sur les produits dont l'avantage thérapeutique n'est pas clairement établi (soit environ 80% des nouveaux médicaments).

Le Québec a beau se targuer d'avoir une entente avec les firmes pour exiger le meilleur prix disponible au Canada, mais puisque les ristournes sont confidentielles dans les autres provinces, les firmes peuvent donc contourner cette entente allègrement.

Par exemple, supposons que l'Ontario obtient un rabais confidentiel de 60% sur un nouveau médicament anti-cancer coûtant \$50,000 par traitement mais offrant de maigres bénéfices thérapeutiques (par exemple: prolongement de la

vie de cinq mois en moyenne mais occasionnant des effets secondaires importants réduisant la qualité de vie). L'Ontario peut considérer que, grâce aux rabais obtenus, les bénéfices thérapeutiques valent leur coût. Toutefois, si le Québec ne peut accéder aux mêmes rabais, il sera raisonnable pour lui de considérer que le rapport coûts-bénéfices ne justifie pas le remboursement du médicament et que cet argent serait mieux investi avec d'autres thérapies anti-cancer. Évidemment, des associations de patients, souvent largement financées par les firmes, feront pression pour que le Québec rembourse le même médicament que l'Ontario, même s'il coûte ici 250% du prix ontarien. Et face à la pression médiatique de tels groupes, le ministre de la santé n'a souvent d'autres choix que d'accepter de rembourser des médicaments même si le rapport coût-bénéfice est simplement disproportionné.

Pourquoi le Québec ne recoure-t-il pas aux mêmes ententes confidentielles que les autres provinces? C'est en fait légalement impossible étant donné la nature mixte public-privé du régime d'assurance-médicaments (légalement, les mêmes prix doivent prévaloir pour les régimes privés et le régime public, excluant la possibilité d'ententes confidentielles). Il ne serait pas étonnant que le Québec préfère emprunter une voie facile: négocier non pas des rabais sur les prix, mais des retombées économiques, comme des investissements en recherche et développement. Mais on utiliserait alors le budget de la santé pour financer le développement industriel plutôt que le bien-être des patients.

Le Québec n'a actuellement aucune stratégie politique pour réduire les coûts gonflés des médicaments et ainsi accroître l'accès aux nouvelles thérapies coûteuses. En juin dernier, Québec Solidaire avait déposé à l'Assemblée Nationale un projet de loi visant à créer Pharma-Québec, une initiative inspirée de la Nouvelle-Zélande et de la Suède qui combinait achat groupé de médicaments avec l'établissement d'une firme générique publique afin d'augmenter le pouvoir de négociation et réduire les pénuries.

Ce projet, appuyé aussi par Option Nationale, est mort au feuilleton étant donné le déclenchement des élections. Les élections maintenant terminées, on ose espérer que ce projet ne sera pas complètement oublié et qu'il aura l'attention qu'il mérite, quel que soit le parti au pouvoir.

*Marc-André Gagnon est professeur adjoint en politiques publiques à l'Université Carleton, et il est expert associé avec EvidenceNetwork.ca.*

*Une version de ce commentaire est parue dans Le Soleil.*

**août 2012**

# Thanks for paying to have my teeth cleaned

IRFAN DHALLA



So far this year, I've visited my dentist and optometrist once each for routine checkups. As most people know, provincial governments in Canada do not pay for routine dentistry and optometry for most people. Or at least this is what we think. Indirectly, governments shoulder a significant portion of the cost. In other words, most of you chipped in to pay for my teeth to be cleaned.

How did you end up paying? My private health insurance plan reimburses me for dentistry and optometry, as well as prescription drugs and other healthcare services. But health insurance premiums aren't taxed the way the rest of income is. In most provinces in Canada, when a partnership or corporation pays for health insurance, the contributions are taxed neither in the employer's hands nor in the beneficiary's hands.

Consider this scenario. If an employee in the highest tax bracket purchases a health insurance policy that costs \$2000, in a province like Ontario that premium would represent about \$3700 in pre-tax income. In other words, this employee would pay \$1700 in income tax and have \$2000 left to buy health insurance. But if the employer pays the \$2000 premium and gives the employee \$1700 in cash, the employee pays only about \$800 in income tax. This means the government has to collect \$900 more from everyone else.

Several economists have told me that this is very bad tax policy. First of all, it results in people receiving private health insurance for things they might not value as much as cash

(e.g., chiropractic, naturopathy, massage, etc.) because it is cheaper for employers to provide bloated private health insurance than it is to pay higher wages. Second, the ‘tax expenditure’ is bigger for those with high incomes than it is for people with low incomes. If the government decided to make income tax rates 40 per cent for the poor and 10 per cent for the rich, most people would feel that was very unfair. But ‘tax expenditures’ such as the private health insurance subsidy have a very similar effect.

People without private health insurance — most taxi drivers, house cleaners and nannies, for example — are disadvantaged the most by the private health insurance subsidy. They have no private health insurance themselves, yet they still end up subsidizing everyone else’s coverage.

Of course, the private health insurance subsidy does result in more people being covered for prescription drugs and other healthcare than would otherwise be the case. This is undoubtedly a good thing. But the cost is high — the federal government alone left more than \$3 billion on the table in 2011 by not taxing private health insurance contributions made by employers.

I have brought this issue up, in passing, in a peer-reviewed paper published in the *Canadian Medical Association Journal*. Many others have discussed the private health insurance subsidy too. Yet the issue doesn’t seem to get much attention.

I am not sure why, but I have two theories. The first is that it is too complicated. The second is that there are no powerful interest groups with an interest in eliminating the private health insurance subsidy.

But that doesn’t change the fact that subsidizing private health insurance the way we do in Canada is almost certainly not good public policy.

*Irfan Dhalla is an expert advisor at EvidenceNetwork.ca, a regular contributor to healthydebate.ca, and a practicing physician at St. Michael’s Hospital in Toronto.*

*A version of this commentary appeared in the Windsor Star, Vancouver Province and the Huffington Post.*

**August 2012**

# Why Canada should care about the Shouldice Hospital deal

IRFAN DHALLA



Last week, the family that owns Shouldice Hospital announced that it would like to sell its facility to Centric Health, a for-profit company traded on the Toronto Stock Exchange.

Shouldice, a Southern Ontario facility renowned for its care of patients with hernias, was founded by a surgeon in the 1940s and allowed to continue as a private hospital when medicare was established in the 1960s. Under provincial law, however, the transfer of its license to another company cannot occur without the approval of Ontario's Minister of Health and Long-Term Care.

Centric Health is a rapidly growing corporation that most Canadians have probably never heard of. Its revenue tripled from 2010 to 2011 as it embarked on an ambitious series of acquisitions across the country, purchasing pharmacies and physiotherapy clinics, as well as surgical centres that operate primarily outside provincial health insurance plans. Some of these surgical centres focus mainly on cosmetic procedures, and others take advantage of a loophole in our public healthcare system that allows workers' compensations boards to purchase expedited care for injured workers.

Shouldice would be a very different kind of purchase, since the provincial government pays for most of its hernia repairs. One day, Shouldice would be a small family-owned hospital with a reputation for excellence. The next day, it would be part of a large corporation with a responsibility to maximize shareholder return.

Allowing for-profit companies like Centric to provide public services in Canada would make sense if they provided better quality and access at the same or lower cost than non-profit providers. In some instances, such as the manufacture of prescription drugs, for-profit companies frequently do a better job than non-profits or crown corporations.

But when it comes to providing complicated medical and surgical care that must be customized for each individual patient, non-profits are generally better. P.J. Devereaux and his colleagues at McMaster University have reviewed the best available evidence from the United States as it pertains to hospitals, dialysis facilities and nursing homes. Each time, they have found that non-profit providers provide superior care.

They have also found that non-profit providers are less expensive.

One reason why for-profit hospitals cost more is that they sometimes bend the rules to maximize their revenue. Another is that they sometimes also skimp on care. For example, last month the *New York Times* reported that the Hospital Corporation of America, a large hospital chain in the United States, has been turning away ‘unprofitable’ patients from its emergency departments. At the same time, the company has been figuring out how to creatively classify patients that it does treat so as to extract the maximum amount of money possible from the U.S. federal government.

Let’s be clear that Shouldice is no Hospital Corporation of America. Shouldice has a very good reputation in the medical community and continues to be owned and operated by close relatives of its founding physician. Because of Shouldice’s focus and volume – its surgeons perform more than 7000 hernia operations each year – it is quite possible that Shouldice has better outcomes than hospitals in the public system.

Yet what guarantees would there be that quality would be maintained if ownership were transferred to a large for-profit company? What if Centric decided that it wanted Shouldice to start doing more expensive and complex surgical procedures? How would the government ensure that Centric prioritized patients over profits?

Even now, in terms of total cost per patient, it is likely that Shouldice is considerably more expensive than public hospitals. Much of this cost is for a hospital stay of about three nights, part of which is paid for by government and part of which is paid for by the patient. For all the talk of inefficiency in the public system, it is worth noting that outside Shouldice, most patients in Ontario with straightforward hernias are admitted and discharged on the day of their operation.

Asking patients to pay for part of their care also raises the possibility that public funds are being used to subsidize expedited access for wealthier patients, a scenario that most Canadians would find objectionable.

The government does have another option. It could consider converting Shouldice to a non-profit facility, which would operate either as a satellite of one of the province's major hospitals, or as a standalone facility. We have precedents for both models in Ontario. A hospital dedicated to hernia care makes sense, both instinctively and empirically.

But approving the sale of Shouldice to Centric would open the door to other companies clamouring for a piece of medicare from coast to coast. Such a major shift would likely result in higher costs and worse care for most Canadians.

Do we need to improve medicare? Absolutely. But selling it off, piece by piece, to large for-profit companies is the wrong approach.

*Irfan Dhalla is an expert advisor at EvidenceNetwork.ca, a regular contributor to healthydebate.ca, and a practicing physician at St. Michael's Hospital in Toronto.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Sun, Huffington Post and iPolitics.ca*

**September 2012**

# Beyond the Chaoulli ruling

## Debates on our health system need to be based in evidence

DAMIEN CONTANDRIOPoulos



Healthcare financing in Canada is no small business. With a staggering \$200 billion spent on healthcare services annually — that's more than one dollar spent on healthcare for every \$10 of the total economic activity in Canada — debates about healthcare services financing ought to be taken seriously.

We certainly have no shortage of pundits, from the left and the right, weighing in on the state of the Canadian healthcare system. Too bad the debates aren't often based on the facts.

In a recent [study](#) for *Healthcare Policy*, my colleagues and I analysed four and a half years worth of mainstream media coverage and political commentary on the landmark *Chaoulli v. Quebec* ruling. This was the decision by the Supreme Court of Canada which ruled that prohibiting private medical insurance was a violation of the Quebec Charter of Human Rights and Freedoms, particularly in light of the long wait times for some health services. The ruling, which is only binding in Quebec, ignited an immediate and fierce public debate on private vs. public health financing that continues across the country today.

After pouring over transcripts of all discussions in Quebec's National Assembly, including relevant parliamentary committees, and a broad sample of mass media in print, radio and television, we found that in more than half of all the statements made in policy debates on healthcare services financing, speakers defend a given policy avenue without justifying their position with any evidence whatsoever.

In the remaining statements, individuals justified their preferences based on comparisons with information from non-healthcare sectors such as education, based on juridical constraints or based on constraints set by current practices.

In only a dismal one tenth of all the statements made about the Chaoulli decision did the speaker use evidence or some factual health related information in support of their position.

We also found that both sides of the polemic were guilty of placing ideology above evidence — but not equally.

Those espousing public funding of health services accounted for three quarters of the fact-based statements, while the statements of those in favour of privatization tended to focus more on legal justifications ('let's respect the law').

Another interesting difference: those in favour of publicly funded healthcare tended to reinforce the negative outcomes of the ruling ('we should keep public financing or else...') whereas the privatization proponents emphasized positive future outcomes. And it is noteworthy that, often, the advertised positive effects put forward in pro-private statements were at odds with available scientific evidence.

So who is winning the debate? On that one, the jury is still out. One thing is certain: the political furor in Canada over healthcare financing is unlikely to vanish any time soon. One need only look at the Chaoulli-style case currently facing the BC court, and, possibly, the Supreme Court of Canada again, to see the debate is far from over.

Our examination of the politics of healthcare financing makes clear that too few commentators and politicos — on both sides — employ evidence to buttress their positions. Precious little hard facts, numerous statements of dubious validity and, overall, policy preferences mostly explained by the group to which the speaker belong characterize public dialogue on the health system in this country.

We deserve better. We deserve evidence.

Healthcare financing is everyone's business and it is definitely something that ought to be widely debated in the public sphere. But at the same time, it is too big an issue to be decided on weak and partisan rhetoric put forward by groups defending their own interest. This is a topic where strong evidence built from the analysis of decades of international experience is readily available.

Now it's time to make that evidence part of the national dialogue.

*Damien Contandriopoulos is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a professor in the Faculty of Nursing at the University of Montréal.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Vancouver Province and iPolitics.ca*

**September 2012**

# Au-delà de l'affaire Chaoulli

## Les débats sur notre système de santé doivent reposer sur des preuves

DAMIEN CONTANDRIOPoulos



Chaque année, plus de 200 milliards de dollars sont consacrés aux soins de santé — soit plus d'un dollar pour chaque 10 \$ de l'activité économique totale au Canada. Le financement des soins de santé n'est donc pas une petite affaire et les débats sur la question doivent être pris au sérieux.

Les opinions sur la question, tant de gauche que de droite, ne manquent certainement pas. En revanche, il est inquiétant de constater que les débats sur le financement des services de santé ne reposent généralement pas sur des faits.

Dans une étude parue récemment dans la revue *Healthcare Policy/Politiques de santé*, mes collègues et moi avons analysé le débat sur le financement des soins de santé au Québec au cours des quatre ans et demi qui ont suivi la décision charnière de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Chaoulli c. Québec*. Cette décision établissait que l'interdiction d'avoir recours à une assurance médicale privée allait à l'encontre de la Charte québécoise des droits et libertés en raison des délais d'attente excessifs pour certains services. Mais, en pratique, cette décision a surtout déclenché un débat public houleux sur le financement privé versus public des services de santé, débat qui se poursuit encore aujourd'hui.

Après avoir passé en revue les transcriptions de toutes les discussions à l'Assemblée nationale du Québec, y compris celles des comités parlementaires pertinents, ainsi qu'un large échantillon des médias de masse (presse, radio et télévision), nous avons constaté que plus de la moitié des déclarations portant sur le financement des services de santé défendent

une avenue politique sans offrir la moindre justification de ce choix.

Les personnes n'ont justifié leur position à l'aide de preuves ou de faits documentés liés à la santé que dans un dixième de toutes les prises de position sur le financement des soins de santé.

Dans le reste des déclarations, la justification des préférences politiques repose sur trois autres modes d'argumentation: par des comparaisons avec la situation prévalant dans d'autres secteurs que celui de la santé; en raison des contraintes judiciaires existantes ou en raison des contraintes établies par les pratiques actuelles.

L'analyse détaillée du débat montre par ailleurs que les tenants du camp de la privatisation et ceux en faveur du financement public diffèrent dans la manière dont ils défendent leurs préférences.

Près des trois quarts des déclarations fondées sur des preuves sont le fait de gens qui défendaient un système de santé financé publiquement. À l'inverse, les déclarations de ceux qui défendaient la privatisation étaient plus souvent axées sur des justifications légales (« respectons la loi »).

Une autre différence intéressante : ceux en faveur du financement public des soins de santé avaient tendance à insister sur les effets négatifs de la décision (« nous devrions garder le financement public, sinon... ») tandis que les partisans de la privatisation mettaient l'accent sur d'éventuels

bénéfices de cette approche. Il faut toutefois souligner que les bénéfices annoncés dans les déclarations en faveur d'un financement privé étaient souvent en contradiction avec les preuves scientifiques existantes.

Alors qui gagne le débat? Dans ce cas, le jury ne s'est pas encore prononcé. Une chose est sûre : le débat à propos du financement des services de santé ne va pas disparaître de si tôt. Il n'y a qu'à voir avec quelle ardeur le docteur Day essaye d'amener une cause similaire à celle du docteur Chaoulli devant les tribunaux en Colombie-Britannique pour s'en convaincre.

Notre analyse du débat sur financement des soins de santé au Québec fait toutefois clairement ressortir la faiblesse de l'argumentaire des deux côtés du fossé privé / public. Très peu de faits, de nombreuses déclarations à l'emporte-pièce, beaucoup d'affirmations à la validité douteuse et, dans l'ensemble, des préférences politiques qui s'expliquent surtout par l'appartenance de la personne qui parle à un groupe d'intérêt facilement identifiable.

Or, cette question mérite mieux. Le financement des soins de santé est l'affaire de tout le monde et constitue un sujet qui devrait être largement débattu dans la sphère publique. Il s'agit d'une question bien trop importante pour que les décisions soient prises en s'appuyant sur une rhétorique faible et partisane mise de l'avant par des groupes qui défendent leur propre intérêt.

Il existe des preuves robustes de l'effet des différentes modalités de financement des soins qui s'appuient sur l'analyse de décennies d'expériences internationales. Il est fondamental d'intégrer ces preuves dans les débats publics sur la question.

*Damien Contandriopoulos est conseiller expert auprès d'EvidenceNetwork.ca et professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.*

**septembre 2012**

# More Care is Not Always Better

# Saving our health system means putting the evidence first

*How blood sugar testing may be hazardous to our healthcare system*

ALAN CASSELS



Diabetics today are very familiar with a modern form of blood-letting, which involves stabbing themselves in a finger to draw blood. By smearing blood on a glucose test strip and inserting it into a machine, you can find out how much sugar is in your blood. Some people repeat the procedure up to eight or 10 times a day.

But what if most of that bleeding and checking is a waste of time, does almost nothing to control your disease, makes you anxious or depressed and threatens the sustainability of the public healthcare system?

This seems to be the case, at least according to some of the best independent health information around, which advises that frequent checking of blood glucose, by people who don't use insulin, is not a good idea. It leads to anxiety and depression, while the test strips, at about a dollar each, lead to unnecessary spending of hundreds of millions of dollars annually.

Blood-sugar testing is an essential activity for insulin-dependent diabetics, those people who are born with diabetes or develop it as a child.

However, more than 80 per cent of the people with diabetes are Type-2 diabetics who typically develop it in adulthood and need to control their blood sugar by exercising and modifying their diet.

Some drugs might help to prevent the complications of diabetes, but frequent testing of their blood sugar? Not wise,

according to the Canadian Agency for Drugs in Technology and Health, which issued a report last year saying that too-frequent checking of blood sugar is unnecessary and potentially harmful. A report from Ontario last year estimated that the waste on unnecessary test strips was somewhere between \$20 million to \$40 million per year.

So given what the agency says, and extrapolating across the country, Canadians could be wasting somewhere between \$50 million to \$100 million each year on unnecessary test strips. Imagine what kind of serious diabetes prevention you could fund with that kind of money.

As far as I can tell, only one province up to now has tried to rein things in. A year ago, Nova Scotia decided it was going to try to put a stop to the waste and harm caused by the overuse of diabetes test strips and capped the number of strips it would cover for non-insulin-dependent diabetics. This sounded like a reasonable thing to do and I admired their pluck.

But within a day of announcing the policy, they retracted it. Like most times when public health agencies are attacked for saving money they faced ‘the sky is falling’ rhetoric from the affected patient group. Pressure from the diabetes industry and the Canadian Diabetes Association can be pretty fierce, especially given the fact their activities are partially bankrolled by the biggest drug companies on the planet. They put little Nova Scotia back in its place.

That's unfortunate.

Nova Scotians could have saved \$3 million a year and reinvested it in prevention. But such a policy would upset the funded patient groups and a powerful group of companies pushing test strips, glucometers — machines that read the test strips — drugs and other diabetes paraphernalia.

Over the past decade, the marketing of blood testing for Type-2 diabetics has intensified, with more emphasis on getting mildly diabetic people to test and retest, causing them to obsess about their numbers. If test strips were drugs they would be one of the top five most costly items on provincial drug plans, a cost that has ballooned enormously in the last five years.

This is insane. No one wants to needlessly test their blood every day, yet fear-mongering rhetoric continues to drive people to test their blood sugar frequently, with warnings that doing so will prevent kidney disease or blindness, even though that's not true.

Will we ever see governments stand up to this vast diabetes ripoff? The bigger provinces seem even more cowardly than plucky little Nova Scotia in taking on the coalition of diabetes profiteers. Governments such as the one in B.C. say they want to focus on better diabetes education and clearly that's needed, but they don't seem interested in funding it by cutting the gross amount of waste involved.

We expect governments to make evidence-based health decisions. We expect them to examine the best science and make coverage policies based on that science. We certainly

don't expect them to cower in front of the Goliaths of the diabetes industry, where an ongoing need to make people bleed — for profit — is becoming more and more unsustainable and unbelievable.

*Alan Cassels is a drug policy researcher at the University of Victoria and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Halifax Chronicle Herald, Huffington Post and the Winnipeg Free Press.*

**May 2011**

# Sauver notre système de santé, c'est mettre en évidence les faits

*Comment la surveillance du taux de glycémie peut nuire à notre système de santé*

ALAN CASSELS



Les diabétiques connaissent bien de nos jours une forme moderne de saignée, qui consiste à se transpercer le bout d'un doigt afin d'y prélever quelques gouttes de sang. En déposant ce sang sur une bandelette réactive qu'ils insèrent ensuite dans un appareil appelé glucomètre, ils peuvent connaître leur taux de glucose sanguin. Certaines répètent cette procédure jusqu'à huit ou dix fois par jour.

Mais se pourrait-il que la plupart de ces prélèvements et vérifications soient inutiles, qu'ils ne contribuent presque en rien à contrôler la maladie, et qu'ils provoquent dans les faits plus d'angoisse qu'autre chose, en plus de menacer la viabilité du système public de soins de santé?

Il semble que ce soit le cas, du moins si on en croit certaines des données disponibles les plus fiables en matière de santé, selon lesquelles une surveillance fréquente du taux de glycémie n'est pas souhaitable chez les personnes qui ne s'administrent pas d'insuline. Cette pratique provoque une angoisse pouvant mener à la dépression, tandis que les bandelettes réactives, qui coûtent environ un dollar chacune, entraînent une dépense inutile de centaines de millions de dollars chaque année.

La vérification du taux de glycémie est une pratique essentielle chez les diabétiques insulinodépendants, c'est-à-dire chez les personnes qui sont nées avec la maladie ou chez qui elle est apparue pendant l'enfance.

Toutefois, 80 pour cent des diabétiques sont atteints du diabète de type deux, qui se développe généralement à l'âge

adulte et nécessite un contrôle du taux de glycémie par la pratique de l'exercice physique et une modification du régime alimentaire.

Certains médicaments peuvent contribuer à prévenir les complications liées au diabète, mais est-ce le cas d'une vérification fréquente du taux de glycémie? La réponse est non, selon l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, qui a publié l'année dernière un rapport indiquant qu'une vérification trop fréquente du taux de glycémie est inutile et peut même être nuisible. Un rapport ontarien aussi publié l'année dernière estime que les pertes causées par l'utilisation non nécessaire de bandelettes réactives se situent entre 20 millions et 40 millions de dollars chaque année.

Étant donné ce qu'affirme l'agence, si l'on extrapole les données du rapport ontarien à l'ensemble du pays, on peut supposer que les Canadiens et les Canadiens gaspillent annuellement entre 50 millions et 100 millions de dollars par année dans l'achat de bandelettes réactives inutiles.

Imaginons l'ampleur des programmes de prévention du diabète que nous pourrions financer avec une telle somme.

Selon ce que j'en sais, une seule province a jusqu'à maintenant tenté de corriger le tir. L'année dernière, la Nouvelle-Écosse a pris la décision de mettre un frein au gaspillage et au préjudice causés par une utilisation excessive des bandelettes réactives en imposant pour les diabétiques non insulino-dépendants un plafond quant au nombre de

bandelettes réactives couvertes par le régime d'assurance-médicaments. Cette politique me semblait raisonnable et je me souviens avoir admiré le courage de la province.

Mais dès le lendemain de l'annonce, le gouvernement néo-écossais a aussitôt retiré sa politique. Comme c'est souvent le cas lorsqu'un organisme en santé est critiqué parce qu'il tente de faire des économies, il a dû faire face à une rhétorique extrêmement alarmiste de la part du groupe de patients touché par la mesure. Les pressions exercées par l'industrie du diabète et l'Association canadienne du diabète peuvent être très fortes, particulièrement si l'on tient compte du fait que les activités de ces groupes d'intérêts sont en partie financées par les plus importantes sociétés pharmaceutiques de la planète. Elles ont dans ce cas-ci été suffisantes pour remettre la petite Nouvelle-Écosse à sa place.

C'est malheureux.

La Nouvelle-Écosse aurait pu économiser trois millions de dollars par année et investir cet argent dans la prévention. Une telle politique aurait toutefois déplu aux groupes qui défendent les intérêts des patients et aux puissantes associations de sociétés qui financent ces groupes et font la promotion des bandelettes réactives, des glucomètres permettant de lire ces bandelettes, des médicaments et de tout l'attirail lié au traitement du diabète.

Au cours de la dernière décennie, les campagnes de promotion de la surveillance glycémique chez les diabétiques de type deux se sont multipliées, invitant tout

particulièrement les personnes ayant un diabète léger à vérifier régulièrement leur taux de glucose sanguin et les amenant de cette façon à développer une véritable obsession pour leur taux de glycémie. Si les bandelettes réactives étaient un médicament, elles figureraient parmi les cinq médicaments les plus coûteux pour les régimes provinciaux d'assurance-médicaments, leur coût ayant littéralement explosé au cours des cinq dernières années.

C'est une absurdité. Personne ne souhaite vérifier inutilement son taux de glucose sanguin tous les jours, mais une rhétorique fondée sur la peur pousse beaucoup de gens à effectuer fréquemment cette vérification, croyant qu'une telle précaution leur permettra d'éviter une maladie rénale ou la cécité diabétique, alors que c'est complètement faux.

Les gouvernements s'élèveront-ils un jour contre cette vaste escroquerie entourant le diabète? Les grandes provinces se montrent plus lâches encore que la courageuse petite Nouvelle-Écosse, prenant parti pour cette coalition de sociétés et d'associations qui profitent du diabète. Les gouvernements comme celui de la Colombie-Britannique affirment vouloir mettre l'accent sur l'éducation des diabétiques, ce qui manifestement est nécessaire, mais ils ne semblent pas enclins à vouloir financer cette éducation avec l'énorme montant que permettrait d'économiser un arrêt du gaspillage.

Les gouvernements sont censés prendre des décisions en matière de santé fondées sur des faits. Ils sont censés examiner les meilleures données scientifiques accessibles et

élaborer des politiques en matière d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments tenant compte de ces données. Ils ne sont certainement pas censés plier l'échine devant ce Goliath qu'est l'industrie du diabète, dont le besoin constant de faire saigner les gens au nom du seul profit apparaît de plus en plus insoutenable et douteux.

*Alan Cassels est chercheur dans le domaine des politiques sur les médicaments à l'Université de Victoria et œuvre à titre d'expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca.*

**mai 2011**

## SECTION 3

# How to save \$690 and prevent unnecessary worry

## *The truth about medical tests for the heart*

ALAN CASSELS



The brochure's pitch puts it plainly: "Vascular health screening can detect injured arteries before you have a heart attack or stroke."

Wouldn't it be great if you could just get some sort of heart or blood vessel scan to prevent an early death? As the most important organ in your body, your heart gets a lot of attention from the medical community and that's why finding heart disease early, before it strikes you down, seems so attractive.

Lucky for you there are oodles of heart and blood vessel scanning technologies offered to people who don't yet have any signs of heart disease.

For \$690 Vancouver's Canada Diagnostic Centre will sell you a high-tech heart scan, and similar services are available in most of Canada's major cities. The goal of one such scan is to look for 'calcified plaque build-up in the heart's arteries.' Apparently you could have such plaque and feel fine, even do well in the standard exercise stress test and exhibit no signs of disease — though the plaque, they say, correlates to your 'risk of future coronary disease.'

Information on the company's website says that a heart scan (also known as Coronary Artery Calcium Scoring) would be appropriate for men 40 and over or women 50 and over and can help "provide an overall picture of your heart health."

Now many of us would like the reassurance such a picture might provide but at the same time what do the experts say

about examining our coronary arteries this way? Unfortunately, they aren't sure. Artery calcium scoring hasn't been studied enough yet. Nor have many other types of heart scans that are being sold through these kinds of private clinics.

### **“Harms outweigh the benefits”: U.S. task force**

Consulting the recommendations from the United States Preventative Services Task Force (USPSTF), considered by many the evidence bible on screening, reveals some surprises. In fact, USPSTF recommends against artery calcium scoring and three other types of heart screening tests for healthy people including electrocardiography (ECG), exercise treadmill testing (ETT), and electron-beam computerized tomography (EBCT). All of these tests, according to the USPSTF should not be done routinely because the ‘harms outweigh the benefits.’

That goes contrary to what most of us believe: that it's better to ‘test early and test often’ to avoid an early death from preventable disease. What recent research has found instead is that even when a scan shows something suspicious, finding it early doesn't necessarily lead to better health. A May 2011 study in the *Archives of Internal Medicine* found that people who had heart scans ended up taking more medications and having more surgery, yet they didn't live any longer, compared to those conventionally screened.

### **‘Excessive and not necessary’ for healthy patients**

Dr. John McEvoy is a researcher at the Johns Hopkins Ciccarone Center for the Prevention of Heart Disease in Baltimore and authored the *Archives* screening study. While heart testing might be useful in the right setting (like when someone has chest pain or other heart symptoms), Dr. McEvoy says the evidence doesn't support doing heart screens on healthy people.

In his study, about 20 per cent of those patients who were scanned were told they had cholesterol buildups in their arteries (also called atherosclerosis) and they ended up taking a lot more drugs (aspirin and cholesterol-lowering drugs), had more tests and more major heart interventions. The scanned patient had more referrals for more tests, and had more heart bypass and stenting operations. But they were no healthier after a year and a half of observation.

Acknowledging that it might take longer than 18 months to see any effects, he noted that exposure to radiation and the contrast dye can be harmful. Excess radiation exposure may cause cancer and the contrast iodine used in the screening can lead, in some cases, to kidney failure.

Even though preventative heart scans are considered ‘excessive and not necessary’ by experts in the field, it doesn't stop physicians or private clinics from offering these services.

So what's a patient to do? Certainly the ‘better safe than sorry’ axiom is a strongly held belief and may drive many of us to get heart screening exams, but the research sends out a competing message, perhaps best characterized as: ‘chill out.’

If you really want to do something to prevent heart disease, instead of spending hundreds of dollars for a high-tech heart screen, you could try something really radical. How about following the perennial lifestyle advice that most doctors hand out: stop smoking, get regular exercise, cut down on fat and salt, drink in moderation and manage your stress.

There, I just saved you \$690 and perhaps a mountain of unnecessary worry.

*Alan Cassels is a drug policy researcher at the University of Victoria and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

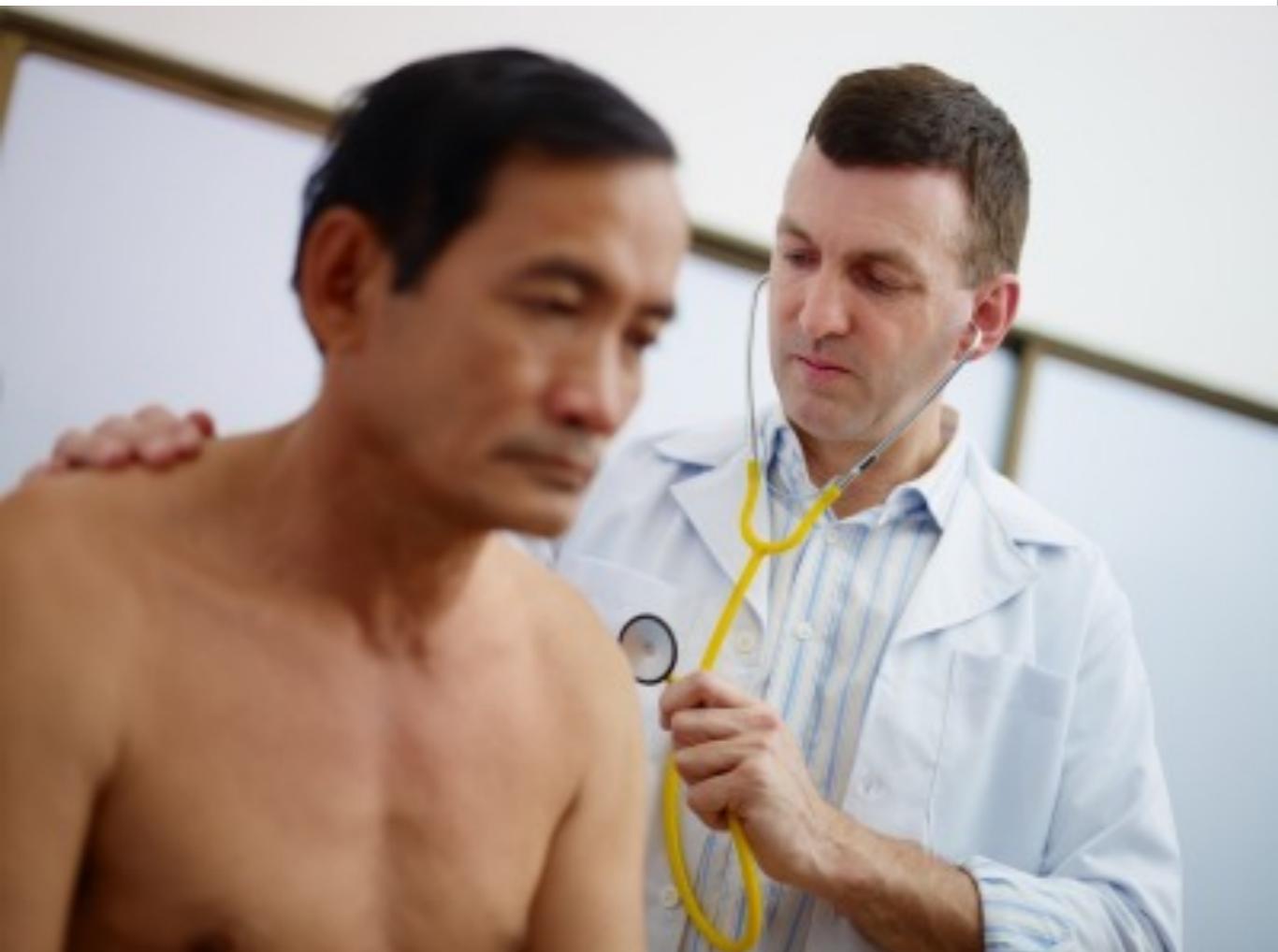
*A version of this commentary appeared in the Halifax Chronicle Herald, Victoria Times Colonist and the Winnipeg Free Press.*

**June 2011**

# Comment économiser 690 \$ et s'éviter des inquiétudes inutiles

*La vérité sur les examens médicaux pour le cœur*

ALAN CASSELS



« La surveillance de la santé vasculaire permet de détecter les lésions aux artères avant que survienne une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral » peut-on lire dans la brochure publicitaire.

Ne serait-ce pas formidable si on avait accès à un type quelconque d'examen d'imagerie du cœur et des vaisseaux sanguins qui pourrait éviter un décès prématuré? En tant qu'organe le plus important du corps, le cœur retient beaucoup l'attention du milieu médical et c'est pourquoi la détection précoce d'une maladie du cœur, avant qu'elle ne frappe, semble si attrayante.

Heureusement, les personnes qui ne montrent pas encore de signes de cardiopathie peuvent avoir accès à un maximum de technologies en matière d'imagerie du cœur et des vaisseaux sanguins.

Pour la somme de 690 \$, le Canada Diagnostic Centre, à Vancouver, procédera à un examen d'imagerie cardiaque de haute technologie, et des services similaires sont offerts dans la plupart des grandes villes canadiennes. L'objectif d'un tel examen consiste à déceler une « accumulation de plaque calcifiée dans les artères coronaires ». Apparemment, on peut avoir un tel diagnostic et se sentir bien, et même obtenir de bons résultats à l'épreuve d'effort normale et ne montrer aucun signe de maladie; bien que la plaque, dit-on, soit liée au « risque de développer une maladie coronarienne ».

Sur le site Web de l'entreprise, on mentionne qu'un examen d'imagerie cardiaque (appelé aussi score calcique coronaire)

serait indiqué pour les hommes de 40 ans et plus ou les femmes de 50 ans et plus, et peut aider à « avoir une vue d'ensemble de la santé cardiaque ».

Par les temps qui courent, plusieurs d'entre nous aimeraient qu'une telle vue d'ensemble les rassure, mais en même temps, qu'en disent les experts? Malheureusement, ils ne sont pas fixés. Le score calcique coronaire n'a pas encore été suffisamment étudié. Il en va de même pour plusieurs autres types d'examens d'imagerie cardiaque qui sont offerts dans ce genre de cliniques privées.

### **« Les inconvénients l'emportent sur les avantages » : groupe de travail américain**

La consultation des recommandations du Preventative Services Task Force des États-Unis (USPSTF), que plusieurs considèrent comme la bible des données scientifiques sur le dépistage, réserve quelques surprises. En fait, l'USPSTF déconseille de procéder, chez les personnes en santé, au score calcique coronaire et à trois autres types de dépistage des maladies du cœur, notamment l'électrocardiographie, l'épreuve d'effort sur tapis roulant et la tomodensimétrie à faisceau d'électrons. Selon l'USPSTF, tous ces examens ne devraient pas être effectués systématiquement parce que « les inconvénients l'emportent sur les avantages ».

Cette recommandation va à l'encontre de ce que la plupart d'entre nous croient : à savoir qu'il vaut mieux « faire passer des examens tôt et souvent » afin de prévenir un décès prématué attribuable à une maladie que l'on pourrait éviter.

Au contraire, des travaux de recherche récents ont montré que même si un examen d'imagerie révèle quelque chose de suspect, le fait de le découvrir précocement n'améliorera pas la santé. Une étude publiée en mai 2011 dans Archives of Internal Medicine rapporte que les personnes qui ont eu des examens d'imagerie cardiaque finissent par prendre plus de médicaments et par subir un plus grand nombre d'interventions chirurgicales, sans vivre plus longtemps, comparativement à ceux qui se sont soumis aux examens de dépistage conventionnels.

### **Des examens « excessifs et inutiles » pour les patients en santé**

Le Dr John McEvoy est chercheur au Johns Hopkins Ciccarone Center for the Prevention of Heart Disease à Baltimore et l'auteur de l'étude de dépistage publiée dans Archives. Bien que les examens pour le cœur puissent s'avérer utiles dans la bonne situation (par exemple, lorsqu'une personne présente des douleurs thoraciques ou d'autres symptômes de cardiopathie), le Dr Evans indique que les données scientifiques ne tendent pas à confirmer l'utilité des examens de dépistage chez les personnes en santé.

Dans son étude, environ 20 % de ces patients ayant passé des examens d'imagerie ont été informés qu'ils avaient une accumulation de cholestérol dans leurs artères (appelée aussi athérosclérose) et ont fini par prendre beaucoup plus de médicaments (aspirine et hypcholestérolémiants), se soumettre à plus d'examens et subir davantage d'importantes

chirurgies cardiaques. De plus, les patients qui avaient passé un examen d'imagerie cardiaque ont été plus souvent aiguillés vers d'autres d'examens et ont subi un plus grand nombre de pontages et d'implantations d'endoprothèse vasculaire. Toutefois, ils n'étaient pas en meilleure santé après un an et demi d'observation.

Bien qu'il soit conscient que cela peut prendre plus de 18 mois avant qu'on soit en mesure de constater les effets, il souligne que l'exposition aux rayonnements et au produit de contraste peut être dangereuse. Une trop grande radioexposition peut causer le cancer et l'iode, utilisé comme agent contrastant lors des examens, peut provoquer, dans certains cas, une insuffisance rénale.

Même si les experts en la matière jugent que les examens préventifs d'imagerie cardiaque sont « excessifs et inutiles », cela n'empêche pas les médecins ou les cliniques privées d'offrir ces services.

Alors que peut faire un patient? Il ne fait aucun doute que la maxime « mieux vaut prévenir que guérir » repose sur une conviction profonde et peut inciter plusieurs d'entre nous à subir des examens de dépistage des maladies du cœur. Toutefois, la recherche envoie un message contraire qui pourrait se résumer ainsi : « du calme! ».

Si on souhaite vraiment faire quelque chose pour prévenir les maladies du cœur, au lieu de dépenser des centaines de dollars pour un examen d'imagerie cardiaque de haute technologie, on devrait essayer quelque chose de très radical.

Pourquoi ne pas suivre les sempiternels conseils sur le mode de vie que prodiguent la plupart des médecins : cesser de fumer, faire régulièrement de l'exercice, réduire la quantité de matières grasses et de sel, consommer de l'alcool avec modération et gérer son stress.

Voilà, je viens de vous faire économiser 690 \$ et peut-être de vous épargner une montagne d'inquiétudes inutiles.

*Alan Cassels est chercheur en politique sur les médicaments à l'Université de Victoria et expert-conseil à EvidenceNetwork.ca.*

**juin 2011**

## SECTION 5

# Canada's opioid 'public health crisis'

*It's time for national leadership on the issue*

ANN SILVERSIDES



The combination of alcohol and the prescription painkiller oxycodone that proved lethal recently for 28-year-old NHL player Derek Boogaard of Regina is an increasingly common cause of death here and in the United States.

Ruled accidental by a medical examiner in Minnesota, the New York Ranger's demise is only one in a series of high profile deaths linked to prescription painkillers. The Australian actor Heath Ledger, of course, also comes to mind.

In the United States last year, drug-induced deaths, led by prescription painkillers, were second only to car crashes in accidental fatalities, and prescription painkiller misuse is the leading cause of death in 17 U.S. states, according to the Centres for Disease Control.

Canada has also experienced an alarming increase in such unintentional deaths. For example, oxycodone-related deaths in Ontario increased nine-fold between 1991 and 2006 and, in most cases, the deceased had taken a non-opioid depressant (alcohol, benzodiazepines, antidepressants) along with the pharmaceutical, according to recent research.

But where is the national leadership on this issue? We would do well to look to Australia as a model.

Canada and the United States have by far the highest per capita consumption of the painkiller oxycodone in the world — more than double the rate in Australia, which is the third ranking country, according to 2008 figures from the International Narcotics Control Board.

But Australia has taken action. Last year, it initiated a National Pharmaceutical Drug Misuse Strategy, with a focus on opioids, benzodiazepines, and over-the-counter medications containing codeine, since these medications “are associated with greatest levels of harm,” according to background documents. (Opioids include drugs such as codeine, morphine, hydromorphone and oxycodone. Prescriptions written for drugs containing oxycodone, which is 50 to 100 per cent more potent than morphine, have increased significantly in Canada and internationally over the past 15 years.)

The Strategy, supported by all states and territories in the commonwealth, is due to report later this year. But it was not Ledger’s 2008 death that prompted action — Australia has long acknowledged the risks of prescription drugs, and since 1985 included them in its National Drug Strategy.

In contrast, Canada’s National Anti-Drug Strategy concerns itself solely with illicit drugs. The five-year strategy, launched in October 2007 by the Conservative government, is led by Justice Canada and devotes the majority of its funding to law enforcement.

As the National Anti-Drug Strategy comes up for renewal, it is time to acknowledge the problems associated with prescription painkiller misuse. These drugs obviously have legitimate uses, especially for people suffering from acute pain and cancer.

But the past 10 to 15 years have seen a huge increase in prescribing opioids for chronic pain not related to cancer. The evidence supporting the effectiveness of long-term use of opioids for chronic pain is, however, not robust and the benefit to risk ratio is unclear.

Many Australians “may have developed unrealistic expectations of what medications can offer in terms of ameliorating pain, discomfort and dysphoria,” states a background document for Australia’s National Pharmaceutical Drug Misuse Strategy. “Over-reliance on medications may have resulted in their use as a first line response when often non-pharmacological interventions may be more appropriate.”

No doubt the same is true in Canada.

Prescription painkiller related harm is not a new issue. Alarmed at rising numbers of deaths, Sudbury had a narcotics abuse task force in 2004 and Newfoundland and Labrador had an Oxycontin Task Force the same year (Oxycontin is a slow release form of oxycodone).

In 2004/5, Health Canada led national consultations that resulted in the creation of a National Framework for Action on Substance Abuse. The framework, which called for a broad approach to the issues of drug abuse (including pharmaceuticals) and alcohol abuse, was re-endorsed by key signatories in 2008.

As a top priority, those who took part in the consultation felt that “a significant paradigm shift is needed in order to frame substance abuse as first and foremost a health and social issue (their emphasis) rather than a criminal one, and to dedicate funds accordingly,” according to the report.

If we in Canada want to prevent more accidental deaths like that of Derek Boogaard, we should learn from Australia’s example and launch a high profile national initiative to address a situation described, by the normally cautious College of Physicians and Surgeons of Ontario, as an “opioid public health crisis.”

*Ann Silversides is the recipient of a Canadian Institutes for Health Research grant to study prescription painkiller issues. She is also a media advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Sun, the Hill Times and the Huffington Post.*

**June 2011**

## SECTION 6

# Les opioïdes responsables d'une « crise de santé publique » au Canada

*Il est temps que les autorités nationales réagissent*

ANN SILVERSIDES



Le mélange alcool et oxycodone (un antidouleur délivré sur ordonnance), qui s'est révélé mortel pour Derek Boogaard, 28 ans, joueur de la LNH originaire de Regina, est une cause de décès de plus en plus courante au Canada et aux États-Unis.

La mort du joueur des Rangers de New York, jugée accidentelle par un médecin légiste du Minnesota, s'ajoute à une série de décès de personnalités associés aux antalgiques d'ordonnance. Celui de l'acteur australien Heath Ledger vient à l'esprit bien entendu.

En 2010, aux États-Unis, les morts d'origine médicamenteuse figurent au deuxième rang des causes de décès après les accidents de voiture; les antalgiques délivrés sur ordonnance en sont les grands responsables. D'après le Centre for Disease Control, leur mauvaise utilisation serait la principale cause de mortalité dans 17 États.

Le Canada connaît lui aussi une augmentation inquiétante des décès involontaires du même genre. En Ontario, de 1991 à 2006, les décès associés à l'oxycodone se sont multipliés par neuf. D'après les recherches sur le sujet, les victimes avaient également pris, dans la plupart des cas, un neurodétendeur non opioïde (alcool, benzodiazépine ou antidépresseur).

Que font nos responsables nationaux face à une telle situation? Ils auraient avantage à imiter l'exemple de l'Australie.

Selon les chiffres publiés en 2008 par l'Organe international de contrôle des stupéfiants, le Canada et les États-Unis détiennent de loin le record de la plus grande consommation d'oxycodone par habitant au monde : plus du double par rapport à l'Australie, qui vient au troisième rang.

Or l'Australie a décidé d'agir. En effet, ce pays a lancé en 2010 une stratégie nationale sur le mauvais usage des médicaments [National Pharmaceutical Drug Misuse Strategy] qui cible les opioïdes, les benzodiazépines, ainsi que les médicaments en vente libre renfermant de la codéine. La documentation à ce sujet confirme que ces médicaments « causent les plus grands méfaits ». (Les opioïdes incluent des drogues comme la codéine, la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone. Depuis 15 ans, la prescription de médicaments contenant cette dernière substance, qui est de 50 à 100 % plus puissante que la morphine, a augmenté sensiblement au Canada et ailleurs dans le monde.)

La stratégie australienne est appuyée par tous les États et les territoires du Commonwealth; les résultats devraient être publiés plus tard cette année. Ce n'est pas la mort de Ledger en 2008, toutefois, qui a incité les autorités à agir. En effet, il y a longtemps que l'Australie reconnaît que les médicaments d'ordonnance comportent des risques; sa stratégie nationale sur les médicaments en tient compte depuis 1985.

Contrairement au programme australien, la Stratégie nationale antidrogue du Canada ne concerne que les drogues illicites. Lancée en octobre 2007 par le gouvernement

conservateur, cette initiative de cinq ans est pilotée par Justice Canada; elle consacre d'ailleurs la plus grande partie de son financement à l'application des lois.

Même si le renouvellement de ce programme est prévu au courant de l'année, on ne s'attend pas à ce qu'il s'attaque aux problèmes associés au mauvais usage des antidouleurs d'ordonnance. On apprenait en juin 2012 que ce serait plutôt le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, un organisme de bienfaisance financé par Santé Canada, qui mettra sur pied un groupe d'experts pour se pencher sur le problème.

Les antidouleurs délivrés sous ordonnance ont certainement des usages légitimes, notamment pour les personnes souffrant de douleurs aiguës et de cancer. Mais depuis 10 ou 15 ans, on assiste à une augmentation énorme des prescriptions d'opioïdes pour des douleurs chroniques non associées au cancer. Pourtant, les données concernant l'efficacité à long terme des opioïdes contre les douleurs chroniques ne sont pas robustes et le rapport avantages/risques reste incertain.

Comme l'indique un document d'information publié par la National Pharmaceutical Drug Misuse Strategy en Australie, de nombreux Australiens « entretiennent peut-être des attentes irréalistes à l'égard du pouvoir des médicaments de soulager la douleur, l'inconfort et la dysphorie. La confiance excessive envers les médicaments pourrait avoir conduit à leur usage comme traitement de première ligne dans des cas

où une intervention non pharmacologique serait plus indiquée. »

On peut en dire autant du Canada, sans aucun doute.

Les méfaits causés par les antidouleurs d'ordonnance ne constituent pas un nouveau phénomène au Canada.

Préoccupée par l'augmentation des décès sur son territoire, la ville de Sudbury a constitué en 2004 un groupe de travail sur l'abus des narcotiques. La même année, Terre-Neuve-et-Labrador lançait son propre comité chargé d'étudier l'OxyContin (une forme à libération prolongée de l'oxycodone).

En 2004-2005, Santé Canada a piloté des consultations publiques qui ont mené à la création du Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances. Préconisant une approche élargie en matière de consommation abusive de drogues (y compris des produits pharmaceutiques) et d'alcool, le programme a été reconduit en 2008 par ses signataires principaux.

Les participants aux consultations ont défini comme grande priorité la nécessité d'effectuer « un important changement de paradigme [...] afin que la consommation abusive d'alcool ou de drogues soit d'abord et avant tout considérée comme un problème de santé et un problème social [ce sont les auteurs qui soulignent], plutôt qu'un problème de nature criminelle, et que des fonds soient attribués en conséquence ».

Si notre volonté est d'empêcher que d'autres morts accidentelles comme celle de Derek Boogaard se produisent au Canada, nous aurions avantage à suivre l'exemple de l'Australie et à établir un programme national de haut niveau afin de trouver des solutions à une situation que l'Ordre des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, dont on connaît la réserve habituelle, a qualifié de « crise de santé publique ».

*Ann Silversides est récipiendaire d'une bourse des Instituts de recherche en santé du Canada pour ses recherches sur les antidouleurs d'ordonnance. Elle est également conseillère média auprès d'EvidenceNetwork.ca.*

*Une version de ce commentaire est parue dans IRIS.*

**juin 2011**

# Screening kids for high cholesterol

## *Why stop there?*

ALAN CASSELS



When you have been looking at the drug industry for as long as I have, examining the way diseases and pharmaceuticals are marketed, packaged, and pitched to doctors and patients, nothing much surprises you anymore. One might get a little tired of seeing the same old deceptive marketing ploys repackaged and retooled, launched to fool new generations of consumers and health professionals, but at least it's entertaining. Occasionally an epiphany strikes, like a bolt of lightning from a blue sky instantly elevating one to a whole new level of incredulity.

Such a thunderbolt hit me this past week when I learned that experts at a recent American Heart Association conference were recommending that more children should be screened for high cholesterol before puberty. And they seemed to mean it.

I checked to make sure it wasn't April Fools Day because this is the kind of dastardly stuff those medical jesters sometimes try to get away with. Sure enough, those pediatricians were serious.

So apparently concerned are they about the health of children, they believe it is worth screening kids for high cholesterol at younger and younger ages. This seems strange because high cholesterol, one needs to be constantly reminded, isn't a disease but is a 'risk factor' for a future disease (such as heart attacks) which mostly strikes middle aged and older people. A risk factor might affect your health in the same way as being

poor means you're more likely to have worse health compared to someone who isn't poor. But most people who have heart attacks have normal cholesterol.

So why bother screening kids for a risk factor for a disease that's not likely going to hurt them, if it ever does, for another 50 or 60 or 70 years? Because we can.

The apparent rationale given at this conference is that statin drugs — treatments like Lipitor, Zocor or Crestor — can be used safely in children. The experts say with rising obesity levels in children, monitoring their cholesterol levels will only help them prevent future health problems.

When I finally soaked in this idea for a while I asked myself in a very subdued voice: 'Have we all gone stark raving nuts?'

Let's look at some of the facts in this case. We've known for years that selling medication to treat your 'future risk' for a disease is hugely and immensely profitable for the pharmaceutical industry, yet the benefits to health are sometimes nonexistent.

Statin drugs, prescribed to lower cholesterol, are among the biggest selling prescription drugs on the planet. The pharmaceutical industry has invested heavily in convincing medical scientists, patient groups and our prescribing doctors to think about cholesterol as a nasty foreign enemy which needs to be brought down at all costs instead of a substance essential for life that actually resents being chemically

tinkered with.

While physicians will prescribe statins appropriately in men who have established heart disease, there is much controversy over whether the drugs are effective in women and the elderly. As for the benefit of cholesterol lowering in kids? Those studies haven't even been done yet.

Like any drug therapy, there are potential adverse effects and patients taking statins have higher rates of kidney failure, cataracts, and liver damage compared to similar patients who take placebos. The most common effect, experienced by 20-25 per cent of statin-treated people, is muscle pain or weakness. The basic message here: you should have a clear chance of benefit before you start tinkering with your body's cholesterol levels.

So I say, if we are all going to go ahead and drink Big Pharma's Kool Aid, why don't we go a step further?

Why should the medical profession wait until kids are eight or nine before they start screening them for high cholesterol and prescribing them powerful statin drugs? Why not screen them at a much earlier stage, and look for evidence of high cholesterol while in utero? This would help parents-to-be prepare for the arrival of their little bundle by stocking up on Lipitor-laced baby formula.

Sound desperate? Perhaps not so desperate as the cholesterol

empire that won't rest until it's convinced an entire generation of parents that their kids are pre-diseased and need to be saved by their drugs.

*Alan Cassels is a drug policy researcher at the University of Victoria and the author of *Selling Sickness*. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. His next book, *Seeking Sickness*, is on the medical screening industry.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Sun and the Victoria Times Colonist.*

**November 2011**

# Dépister l'hypercholestérolémie chez les enfants : pourquoi s'arrêter là?

ALAN CASSELS



Lorsqu'on a passé autant de temps que moi à scruter l'industrie pharmaceutique pour étudier la façon de commercialiser, de présenter et de vendre les maladies et les médicaments aux médecins et aux patients, il n'y a vraiment plus rien de surprenant. On peut finir par se lasser un peu de voir les mêmes vieux stratagèmes de commercialisation être actualisés et rafraîchis dans le but de duper de nouvelles générations de consommateurs et de professionnels.

Cependant, cela a au moins le mérite d'être divertissant. À l'instar de la foudre dans un ciel bleu, il arrive à l'occasion qu'une révélation jaillisse, laquelle suscite instantanément encore plus d'incrédulité.

Un éclair de cette nature m'a frappé lorsque j'ai appris que des experts au congrès de l'American Heart Association recommandaient qu'un plus grand nombre d'enfants subissent des tests de dépistage de l'hypercholestérolémie avant la puberté. Et ils semblaient sérieux.

Je me suis assuré que ce n'était pas un poisson d'avril puisque c'est le genre de choses ignobles que disent parfois ces farceurs du domaine médical en croyant ne pas se faire prendre. Comme on pouvait s'y attendre, ces pédiatres ne plaisantaient pas.

Apparemment, la santé des enfants les préoccupe et ils croient que cela vaut la peine de faire subir des tests pour dépister l'hypercholestérolémie chez des enfants de plus en plus jeunes. Cette façon de faire semble étrange puisque l'hypercholestérolémie, il faut sans cesse le rappeler, n'est pas

une maladie, mais un « facteur de risque » qui peut entraîner une maladie (notamment un infarctus du myocarde), laquelle frappe les personnes d'âge moyen, voire plus âgées. Un facteur de risque peut compromettre la santé de la même façon que la pauvreté peut amener plus de problèmes de santé comparativement à ce qui se passe chez les gens plus fortunés. Toutefois, la plupart des personnes qui font un infarctus du myocarde présentent un taux de cholestérol normal.

Alors, pourquoi soumettre des enfants à des tests pour dépister une maladie qui ne les frappera pas, si jamais cela se produit, avant les 50, 60 ou 70 prochaines années? Parce que tout simplement nous pouvons le faire.

Lors de ce congrès, on a évoqué comme raison que les statines, des traitements comme le Lipitor, le Zocor ou le Crestor, peuvent être utilisées en toute sécurité chez les enfants. Les experts disent qu'avec l'augmentation des cas d'obésité chez les enfants, la surveillance de leur taux de cholestérol les aiderait à prévenir de futurs problèmes de santé.

Lorsque je me suis enfin imprégné de cette idée pendant un moment, je me suis demandé d'une voix très feutrée : « Sommes-nous tous devenus complètement fous? »

Examinons certains des faits dans ce cas. Nous savons depuis longtemps que la vente de médicaments pour traiter « un futur risque » de maladie se révèle des plus profitables pour l'industrie pharmaceutique, même si les bienfaits pour la santé sont parfois inexistant.

Prescrites pour abaisser le taux de cholestérol, les statines figurent parmi les médicaments sur ordonnance les plus vendus sur la planète. L'industrie pharmaceutique a investi massivement de manière à convaincre les scientifiques médicaux, les groupes de patients et nos médecins prescripteurs de considérer le cholestérol comme un perfide ennemi étranger qu'il faut réduire à tout prix plutôt qu'une substance essentielle à la vie qui ne supporte pas qu'on la soumette à des substances chimiques.

Bien que les médecins prescriront des statines comme il se doit aux hommes chez qui on a diagnostiqué une maladie du cœur, l'efficacité de ces médicaments chez les femmes et les personnes âgées suscite une grande controverse. Qu'en est-il de la réduction du taux de cholestérol chez les enfants? Ces études n'ont pas encore été menées.

Comme pour toute pharmacothérapie, il y a un certain nombre d'effets indésirables et les patients qui prennent des statines présentent de plus hauts taux d'insuffisance rénale, de cataractes et d'atteintes hépatiques comparativement à des cas similaires ayant reçu des placebos. Parmi les personnes traitées aux statines, 20 à 25 pour cent d'entre elles connaissent comme effet le plus courant des douleurs musculaires ou de la faiblesse musculaire. Le message important à retenir, c'est qu'il doit y avoir vraiment une possibilité d'un bienfait avant de commencer à rafistoler les taux de cholestérol du corps.

Alors je pense que si nous devons tous aller de l'avant et boire la limonade des géants pharmaceutiques, pourquoi ne pas franchir un pas de plus?

Pourquoi la profession médicale devrait attendre jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge de 8 ou 9 ans avant de leur faire subir des tests pour dépister l'hypercholestérolémie et leur prescrire de puissantes statines? Tant qu'à y être, pourquoi ne pas procéder à un tel dépistage encore plus tôt et chercher des signes d'hypercholestérolémie pendant la gestation? Les parents pourraient ainsi se préparer à l'arrivée de leur petit bout de chou en s'approvisionnant de préparation pour nourrissons enrichie de Lipitor.

Cela paraît désespéré? Peut-être pas si désespéré que cela puisque l'empire du cholestérol ne ménagera pas ses efforts tant et aussi longtemps qu'il ne sera pas parvenu à convaincre toute une génération de parents que leurs enfants montrent une prédisposition à la maladie et que ses médicaments pourront les sauver.

*Alan Cassels est chercheur en politique sur les médicaments à l'Université de Victoria et l'auteur de *Selling Sickness*. Il agit également comme expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Son prochain livre, *Seeking Sickness*, porte sur l'industrie du dépistage médical.*

**novembre 2011**

## SECTION 9

# Mammography and the overdiagnosis of breast cancer

*“Which country will be first to stop mammography screening?”: Study*

ALAN CASSELS



A few years ago two friends asked me if I'd like to 'Run for the Cure' in support of the Canadian Breast Cancer Foundation. They had both been through bouts with breast cancer and so invited me to do the run. I agreed, only reluctantly.

Don't get me wrong. I like running. And I like the fact that people are motivated to support better research for a disease that kills about 5,000 Canadian women every year. I even admit that jogging with a large group of determined, energized people wearing pink has lots of fun buzz and energy. At the same time since my work immerses me in the world of evidence-based medicine, and highlights the raging controversies that consume many areas of medical practice, I had reservations.

Besides the sticky problem of corporate influence over breast cancer research, and the annual pinkification of society that invokes the gag reflex in many of us, the enthusiastic survivors who say they owe their lives to mammography have probably been misled. And they are at risk of misleading other people about the value of breast cancer screening.

Mammography screening uses x-rays to find tumours in the breasts and is recommended for women between ages 50 and 74 in Canada, though even that recommendation is fiercely debated. Canada has had breast cancer screening programs in place for decades, but what we've never had is good evidence that annual mammograms are actually saving lives.

But evidence has been accumulating, and the picture is changing from one where mammography screening was believed to be saving many lives to one where one or two lives per thousand women screened are believed to be saved by screening.

An article in this week's *Canadian Medical Association Journal* put forth the strongest argument against mammography screening ever seen in the pages of a prominent medical journal. In the commentary, Dr. Peter Gøtzsche, a Danish researcher and a member of the internationally acclaimed Cochrane Collaboration, said what some will find impossible to believe: "the best method we have to reduce the risk of breast cancer is to stop the screening program."

His research highlights the key problem with breast cancer screening: overdiagnosis. Sometimes with screening, often what looks like a deadly cancer isn't. Slight lesions in milk ducts in a woman's breasts may look like cancer — and finding them on a mammogram inevitably starts the cascade of anxiety, biopsies, surgery, radiotherapy and drugs — even if the lesions would never have gone on to hurt the woman. And perhaps the most provocative thing of all: many breast cancer tumours just disappear on their own.

Dr. Gøtzsche points to evidence that has been growing for years but is now nearly irrefutable, saying that "compelling data from the U.S., Norway and Sweden show that most

overdiagnosed tumours would have regressed spontaneously without treatment."

Women who feel something unusual in their breast should definitely get to a doctor and get it checked out. But if you are otherwise healthy, you should know going in for that mammography could mean you'll get treatment you don't need because mammography can't tell us who needs treatment and who doesn't.

As a world authority on the hard science behind breast cancer screening, Dr. Gøtzsche has long studied the limitations of screening and he writes that the "level of overdiagnosis is about 50 per cent in those countries who have organized screening programs." He adds: "If screening had been a drug, it would have been withdrawn from the market."

What he says will be taken as incredibly controversial. People will pelt him with verbal rotten fruit (and they'll save some for me for even reporting on his research), but I think his message must stand: Medicine must think about the safety of women being screened, and work to reduce the unnecessary harms that could come their way if they choose to participate in screening.

Stopping screening sounds like blasphemy to the thousands of women around the world who believe their lives were saved by it. The women who survive breast cancer and who become motivated, engaged, and public-spirited foot-soldiers in the

war on breast cancer, shouldn't stop their activism — they should be part of a new conversation. And that conversation should start here in Canada.

It's not surprising that a Canadian medical journal has published such a provocative commentary, being that Canada has produced some of the best breast cancer screening research in the world.

The article ends with a challenge wrapped up in provocative question: "Which country will be first to stop mammography screening?" It is a gauntlet tossed our way, begging Canadians to start that much needed conversation.

*Alan Cassels is a drug policy researcher at the University of Victoria and the author of *Selling Sickness*. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. His next book, *Seeking Sickness*, is on the medical screening industry.*

*A version of this commentary appeared in the Winnipeg Free Press and the Victoria Times Colonist.*

**November 2011**

# Movember moustache? By all means

*But caution warranted for the PSA test*

ALAN CASSELS



These days, you can find traces of Movember everywhere. I've even seen traces on myself. When I look in the mirror every morning I see the salt and pepper stubble of a guy who stopped shaving his upper lip two weeks ago at the urging of a friend who lost his dad to prostate cancer.

I'm not unlike many Canadian men boasting moustaches, goatees and beards and I have no problem with supporting better research into this disease even as I know there are problems with a central part of the Movember message: that you need to find cancer early before it gets you.

As more research comes in, it is increasingly clear that the evidence isn't keeping up with the hype.

If cancer screening was living up to its billing, we should be detecting cancer earlier and saving lives that would otherwise be lost. Though this might be the case with colon and cervical cancer screening, it isn't necessarily true with one of the most controversial screening programs around: prostate-specific antigen (PSA) testing for prostate cancer.

## The positives and negatives of PSA testing

Prostate screening typically involves both a digital rectal exam and a blood test that measures the amount of circulating PSA, a protein produced by the prostate. If a man has a high PSA count, it could mean a lot of things, such as inflammation or an infection of the prostate. Or it could mean cancer.

Let's be clear: PSA testing can detect prostate cancer early. And treatment for prostate cancer may be more effective when it's found sooner, rather than later.

Still, there is a lot of evidence that hints that PSA testing is not a total slam dunk.

For instance, prostate cancer screening can result in false positives leading to subsequent tests, more anxiety, and in most cases, unnecessary treatment. And there are serious potential side effects associated with prostate cancer therapy — such as impotence or incontinence.

Besides the potential for false positives, perhaps the most worrisome thing about PSA testing is that it creates a huge demand for biopsy tests, which use needles to pierce the prostate and are capable of making perfectly healthy men sick. This procedure carries an infection risk because the needle can sometimes transfer bacteria from the bowel into the prostate, bladder, and bloodstream. A recent story in *Bloomberg News* reported that as many as five per cent of men undergoing a prostate biopsy may experience serious, life-threatening infections.

## Crunching the numbers

Also, it is still unclear whether prostate cancer screening saves lives in the long run.

A recent American study, which monitored a group of men aged 55 and older over 10 years, found that there were no additional lives saved by carrying out PSA screening. Meanwhile, a European study showed that to save one life, 1,410 men would need to be screened and 48 men would need to be treated. The question remains — how many unintended problems were produced in the other 1,409 men who were screened — 47 of which were also treated?

The fact of the matter is that most men over 60 have prostate cancer, according to a decision guide published by the U.S. Centre for Disease Control.

Though this might seem like an alarming statistic, many cancers are so slow growing they would never spread and kill. Though 60 per cent of men in their 60s have some form of prostate cancer, only three men in a 100 are going to die from it. Most men, who live long enough, die with prostate cancer, but not because of having it. Yet if you've gone through the PSA mill, and cancer has been detected in your prostate, it's difficult to say: let's wait and see what happens.

Despite all the controversies around PSA testing, there is one solid and indisputable common ground: men need to go into prostate screening with their eyes wide open — and they need to agree to it only after a full assessment of the possible good, the bad and the ugly of PSA testing. Perhaps the best place to start is reading a reasonably good and informative factsheet,

and preparing yourself for the inevitable discussion with your doctor.

Has modern medicine overpromised when it comes to saving men from prostate cancer deaths? Undoubtedly, it has.

I'm growing a 'stache thinking of my friend's dad, and hoping that we can balance out those promises with another: let no man submit to a PSA test until he is clear on what his real risks are — both from having the test and from not having it.

**Alan Cassels** is a drug policy researcher at the University of Victoria and the author of *Selling Sickness*. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. His next book, *Seeking Sickness*, is on the medical screening industry.

*A version of this commentary appeared in the Red Deer Express and Troy Media.*

**November 2011**

# Small benefits, substantial harms with mammography screening

*It's time to accept the evidence*

CORNELIA BAINES



We hear it often: 'Early detection saves lives' — a promise that screening reduces breast cancer deaths.

While this statement is factually true, nevertheless, for every 10 women destined to die of breast cancer without screening, seven or eight of these women will still die even with screening. This is what a breast cancer mortality reduction of 20 to 30 per cent means.

After appraising data accumulated over more than 30 years, the Canadian Task Force calculated that 2100 women age 40-49 must be screened every two years for 11 years, so that one woman will avoid death from breast cancer. This estimate is consistent with guidelines from the U.S. Preventive Services Task Force in 2009.

The minuscule benefit (0.05 per cent) must be balanced against the downside of screening this age group (women aged 40-49). Fully 700 women (of the 2099 who had no benefit from screening) will have false-positive mammograms resulting in needless anxiety, unnecessary imaging and painful and intrusive biopsies after which they will be told they don't have breast cancer.

Much worse will be the 10-15 women who receive a false diagnosis of breast cancer (over-diagnosis) and these women will experience the misery of unnecessary breast cancer therapy: surgery, radiation and chemotherapy, plus the burden of life-long concern about a cancer they never really had.

The good news is that, according to growing evidence: we don't need routine mammography to save even that one life.

Breast cancer deaths have been declining in countries which don't screen routinely. Numerous studies have shown that as early as 1985-1990 breast cancer death rates were declining in countries even before they offered screening programs.

Furthermore, breast cancer mortality rates have declined to an equal extent in populations with and without screening programs. In the UK and Europe where screening is offered only to women 50 and over, mortality rates have declined in women age 40-49 by up to 37 per cent.

Most remarkably, a decline in breast cancer mortality has been observed in women age 30-39, women too young to be screened in any screening programs.

In spite of this evidence from many western countries, including the U.S., screening advocates persist in attributing observed mortality declines to screening, not to improved therapy. In fact, the evidence is strong that it is therapy, not screening, that accounts for the mortality decreases.

Another harsh truth is that screening has not reduced the incidence rate of advanced cancers in developed countries, although that was the expected consequence of screening.

Unexpectedly, screening has increased the overall incidence of breast cancer, both invasive and ductal carcinoma in situ. This is largely attributable to over-diagnosis, estimated to be 20 to

50 per cent of all screen-detected breast cancers by researchers outside the imaging industry.

Screening invitations promise that early detection means less radical surgery will occur because the tumours are smaller. Yet a woman's risk of getting a mastectomy (the removal of the whole breast) for a screen-detected cancer increases by up to 20 per cent compared to women in similar populations where screening is not offered.

In a country where screening programs have been initiated, as in the UK, screening advocates like to point out that the mastectomy rate is lower in screened women than in those who refused to be screened. Such a comparison is not good science, because those who go for screening tend to be more health conscious, more prosperous and more empowered displaying the healthy volunteer effect. Non-participants do not represent a comparable population.

Advocates for screening also claim that early detection achieves increased survival time. Early detection may result only in more years of living with disease compared to a woman detected later clinically. That is, if both women end up dying of breast cancer, no additional years were gained by early detection.

The important outcome when assessing screening benefits should be reductions in deaths from breast cancer, or even better, a reduction in mortality from all causes. The latter has never been shown. Furthermore, when women are over-

diagnosed with breast cancer, they will falsely be regarded as long-term survivors.

Finally, and in the midst of this compelling and complex data, we cannot overlook the issue of conflicts of interest. For decades, the imaging industry has publicly excoriated panels who dared to evaluate the effectiveness of early screening, such as the NIH Consensus Conferences, the Cochrane Collaboration, the Canadian Task Force on Preventive Healthcare and the United States Preventive Services Task Force — all indisputably objective, multi-disciplinary and expert. Their guidelines were antithetical to the industry's interests.

It is no wonder the public is confused.

The truth of more than four decades worth of research is now very clear: the potential benefit of mammography screening is small and the harms are substantial at all ages, but especially so for women in their 40s.

The bottom line is that mammography screening, implemented to reduce breast cancer deaths due to earlier detection of breast cancer, has been eclipsed by therapy and increased awareness.

*Cornelia Baines is a Professor Emerita at the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, and an advisor to EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the National Post and Huffington Post.*

**January 2012**

## SECTION 12

# La mammographie : de petits avantages pour d'importants inconvénients

*Il est temps de reconnaître les faits*

CORNELIA BAINES



On nous répète souvent la phrase suivante : « La détection précoce sauve des vies ». Elle se veut une garantie que le dépistage permet de réduire le nombre de morts liées au cancer du sein.

Or, bien que cette affirmation soit dans les faits exacte, il n'en demeure pas moins que sur un nombre de dix femmes qui sans dépistage seraient destinées à mourir du cancer du sein, sept ou huit d'entre elles en mourront tout de même, malgré un dépistage de la maladie. C'est ce que veut dire une réduction de 20 % à 30 % du taux de mortalité associé au cancer du sein.

Après une évaluation des données accumulées depuis plus de trente ans, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a calculé qu'il faillait que tous les deux ans 2 100 femmes âgées de 40 à 49 ans subissent un examen de dépistage durant une période de onze ans afin d'éviter la mort à une femme atteinte du cancer du sein. Cette estimation concorde avec les recommandations publiées par la United States Preventive Services Task Force en 2009.

L'évaluation de ce gain minuscule (0,05 %) doit par ailleurs tenir compte de l'inconvénient que pose la pratique du dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans. Au bas mot, parmi les 2 099 femmes ne tirant aucun avantage d'un examen de dépistage, 700 recevront un résultat de mammographie faussement positif, ce qui entraînera chez elles une angoisse injustifiée et les obligera à subir des examens d'imagerie médicale ainsi que des biopsies intrusives et douloureuses

inutiles, pour se faire dire en fin de compte qu'elles n'ont pas le cancer.

Cet inconvénient est encore pire pour les dix à quinze femmes qui recevront un faux diagnostic de cancer du sein. Elles devront alors souffrir les tourments d'un traitement non nécessaire : chirurgie, rayonnement et chimiothérapie, en plus de porter en elles la peur constante de mourir d'un cancer dont elles ne sont en réalité pas atteintes.

Tout n'est pas noir cependant, car un nombre croissant de données indiquent qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer de façon automatique des mammographies afin de sauver ne serait-ce qu'une seule vie.

On observe en effet un déclin des morts attribuables au cancer du sein dans des pays où il n'y a pas de dépistage systématique de cette maladie. De nombreuses études ont également démontré que le taux de mortalité par cancer du sein a commencé à reculer dans divers pays dès les années 1985-1990, c'est-à-dire avant la mise sur pied de programmes de dépistage.

On a en outre relevé que la baisse du taux de décès liés au cancer du sein est sensiblement la même avec ou sans programme de dépistage. Par exemple, au Royaume-Uni et en Europe, où le dépistage est offert uniquement aux femmes de 50 ou plus, le taux de mortalité chez les femmes de 40 à 49 ans a connu une diminution allant jusqu'à 37 %.

Il est aussi remarquable de constater qu'il y a eu une baisse du taux de mortalité chez les femmes de 30 à 39 ans, qui sont trop jeunes pour participer à un programme de dépistage.

Malgré ces données provenant de plusieurs pays occidentaux, notamment les États-Unis, les défenseurs des programmes de dépistage persistent toutefois à attribuer le déclin observé du taux de mortalité aux examens de dépistage, plutôt qu'à l'accroissement de l'efficacité des traitements. Dans les faits, les données indiquent assez clairement que ce sont les traitements, et non le dépistage, qui sont responsables de la baisse du taux de mortalité.

Un autre fait que certains ont peine à accepter est que le dépistage n'a en rien contribué à diminuer le nombre de cas de cancers de stade avancé dans les pays développés, alors qu'il s'agit du principal avantage qu'est censée apporter la pratique du dépistage.

De façon inattendue, le dépistage a même causé une augmentation globale de l'incidence du cancer du sein, à la fois sous sa forme envahissante et sous la forme d'un carcinome canalaire *in situ*. Cette augmentation est largement attribuable aux faux diagnostics, qui, selon les chercheurs n'œuvrant pas dans de l'industrie de l'imagerie médicale, représentent entre 20 % et 50 % des cancers du sein décelés lors d'un examen de dépistage.

Les invitations à passer un examen de dépistage promettent qu'une détection précoce entraînera nécessairement une chirurgie moins radicale, parce que la tumeur sera plus petite.

Or, le risque d'une mastectomie (ablation complète du sein) est jusqu'à 20 % plus élevé chez les femmes dont le cancer a été détecté au moyen d'un examen de dépistage que chez les femmes appartenant à des populations comparables où n'est offert aucun programme de dépistage.

Dans les pays où des programmes de dépistage ont été mis sur pied, par exemple le Royaume-Uni, les défenseurs de ces programmes font généralement valoir que le taux de mastectomie est moins élevé chez les femmes qui ont subi un examen de dépistage que chez celles qui ont refusé ce type d'examen. Cette comparaison n'est toutefois pas valable d'un point de vue scientifique, car elle ne tient pas compte du fait que les femmes qui se rendent dans une clinique pour un dépistage sont généralement plus soucieuses de leur santé, plus riches et plus en maîtrise d'elles-mêmes, c'est-à-dire de façon générale plus en santé que celles ne participant pas aux programmes de dépistage. Il ne s'agit donc pas de deux populations comparables.

Les défenseurs de la pratique du dépistage prétendent aussi qu'une détection précoce permet d'accroître le temps de survie. Dans les faits, une détection précoce ne peut, par rapport à une détection faite plus tard en clinique, qu'augmenter le nombre d'années durant lesquelles une femme vivra avec la conscience d'être atteinte d'un cancer du sein. En effet, si la femme décède de son cancer, une détection précoce ne lui aura en rien permis de gagner des années supplémentaires de vie.

L'évaluation des avantages du dépistage devrait avoir pour principale conclusion que cette pratique entraîne une diminution du taux de mortalité attribuable au cancer du sein ou, encore mieux, attribuable à toute cause. Il n'a toutefois jamais été démontré que le dépistage permettait réellement de réduire le taux de mortalité en général. De plus, lorsque des femmes reçoivent un faux diagnostic de cancer du sein, elles sont tout aussi faussement considérées comme des survivantes à long terme de la maladie.

Finalement, au cœur de cet ensemble de données qui sont aussi probantes que complexes, il y a la question des conflits d'intérêts, qu'on se saurait passer sous silence. Depuis des décennies, l'industrie de l'imagerie médicale critique vertement sur la place publique chaque groupe de spécialistes qui ose évaluer l'efficacité du dépistage précoce, comme l'ont fait les NIH Consensus Conferences, la Cochrane Collaboration, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et la United States Preventive Services Task Force (tous des groupes indiscutablement objectifs, multidisciplinaires et composés d'experts). Les recommandations formulées par ces groupes étaient en contradiction avec les intérêts de l'industrie.

Il n'est donc pas étonnant que le public ait de la difficulté à s'y retrouver.

La vérité qui se dégage de quarante ans de recherche de qualité est aujourd'hui sans ambiguïté possible : les effets bénéfiques possibles du dépistage par mammographie sont

minimes, alors que les inconvénients sont considérables pour tous les groupes d'âge, et plus particulièrement celui des femmes dans la quarantaine.

En un mot, le dépistage par mammographie, dont l'objectif est de faire diminuer le nombre de décès liés au cancer du sein grâce à un dépistage précoce de la maladie, n'ajoute rien à l'efficacité des traitements et d'une sensibilisation accrue.

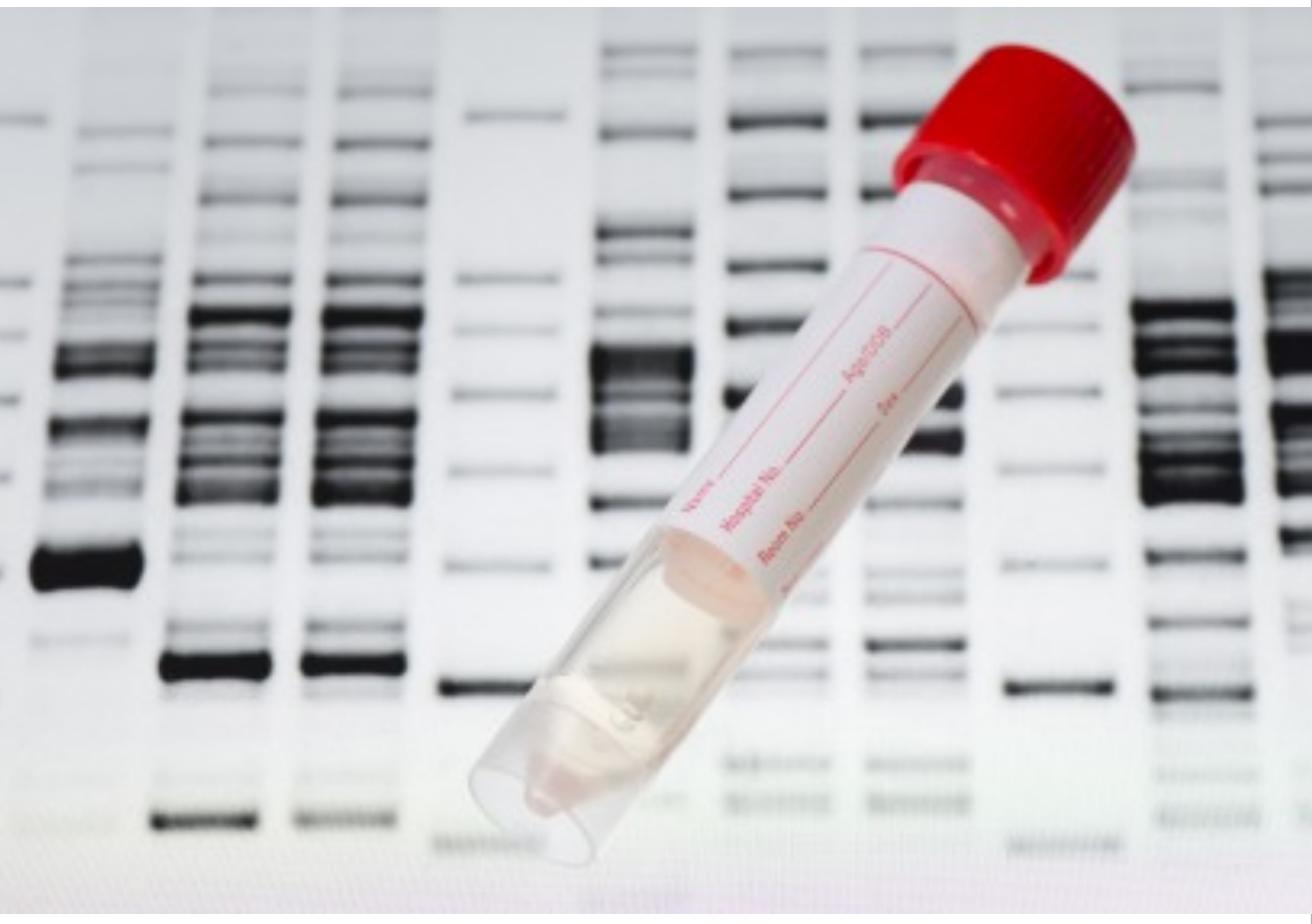
*Cornelia Baines est professeure émérite à la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto et œuvre à titre d'experte-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca.*

**janvier 2012**

# Personalized genetic tests promise more than they can deliver

*More marketing than science*

ALAN CASSELS



People's curiosity about themselves seems to know no limits and this is proving to be profitable for companies hoping to cash in on that curiosity. We see it again and again — ads for home DNA test kits appealing to consumers' interest in their ancestral past and lured by the promise of getting a personalized genetic roadmap to help them predict their likelihood of future health conditions.

These genetic screening services are getting very simple. Go online, plunk down \$100 for a test kit. When it arrives, send in a sample of your saliva, and sit back and wait until the report arrives, telling you your chances of getting Alzheimer's or glaucoma when you get old.

For example, last summer the personal genetics company 23andMe, which offers their services in Canada, announced that its DNA database contained the genetic information of over 100,000 people — likely the world's largest collection of individual genetic information. This information will be used to research the connections between a person's DNA and his or her risks of developing certain diseases.

With the exponential growth in the sophistication of DNA analyses and the promise of unlocking genetic secrets, many people are using services like 23andMe as a kind of genetic horoscope, trying to get some insights into future health risks. However, a decade's worth of analyses of genetic screening services have shown that they almost always promise more than they can deliver and have serious limitations.

**Gene guilt by association**

For one thing, the genetic variations (also known as SNPs or single nucleotide polymorphisms) found in your DNA sample may be ‘associated’ with diseases, but that doesn’t necessarily imply ‘causation.’

In other words, just because a genetic test says your genes carry a ‘higher than normal’ chance of developing Alzheimer’s or Type 2 diabetes, that doesn’t necessarily mean you will acquire it.

Both nature and nurture are involved in determining whether or not any of us will develop a disease in the future, and society’s understanding of the interplay between those two factors is still in its infancy.

With the exception of a few tests with scientific backing — like genetic screening for BRCA, the ‘breast cancer gene’ — for most genetic screening tests, the science is still miles behind the marketing.

### **Marketing your worst fears**

Getting definitive answers from a personal genetic decoding service is rare — what isn’t rare is the misleading advertising often associated with these tests.

Recently, the U.S. Government Accountability Office conducted a review of online businesses offering genetic testing and lifestyle counseling services. They sent the same samples to a number of companies and found predictions all over the map, examples of egregious and deceptive marketing

and claims that a consumer’s DNA could be used to create personalized supplements to whatever diseases they were facing.

Their conclusion? “These tests do not provide meaningful information to consumers.”

### **Studying the facts before taking the test**

Despite the promise of a genetic crystal ball, the truth is, we don’t fully understand the relationship between our genes and disease. Science doesn’t really know yet what it means for you when something shows up in your DNA.

Some would argue that completing a personalized genetic test allows you glimpses into the depths of your own genetic makeup and an opportunity to contribute your DNA to a worthy cause.

Perhaps, one day, DNA databases might be hundreds of times more powerful, and there may be genetic breakthroughs that may help many of us live better lives. That’s the hope. But we’re far from there today.

*Alan Cassels is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. He is also a drug policy researcher at the University of Victoria and the author of *Selling Sickness*. His next book, *Seeking Sickness*, is on the medical screening industry.*

*A version of this commentary appeared in *Straight Goods* and *Troy Media*.*

**January 2012**

# Les tests de dépistage génétique personnalisés moins éclairants que ce qu'on nous promet

*Du marketing plus que de la science*

ALAN CASSELS



La curiosité des gens au sujet de leur propre personne ne semble pas avoir de limites et certaines entreprises ont appris à en tirer profit. Partout, on tombe sur des annonces proposant des tests d'ADN personnalisés qui capitalisent sur l'envie des consommateurs de connaître leur patrimoine ancestral, séduits par la perspective d'obtenir un portrait génétique qui les aiderait à déterminer la probabilité de contracter certaines maladies.

Les tests de dépistage génétique personnalisés sont en voie de devenir un jeu d'enfant. Allez sur Internet et pour 100 \$, commandez une trousse d'analyse; prélevez un échantillon de votre salive et renvoyez le tout au labo. Il ne vous reste plus qu'à attendre le rapport qui vous renseignera sur nos chances de souffrir d'Alzheimer ou de glaucome dans votre troisième âge.

L'été dernier, une entreprise baptisée 23andMe, qui offre ses services au Canada, annonçait que sa banque de données génétiques contient désormais de l'information sur plus de 100 000 individus — ce qui en fait possiblement la plus importante au monde. Ces données seront utilisées pour faire des recherches sur les liens entre l'ADN d'une personne et le risque qu'elle souffre de certaines maladies.

Vu la sophistication sans cesse croissante des méthodes d'analyse de l'ADN et l'espoir qu'elles font miroiter de dévoiler les mystères de la génétique, un grand nombre de personnes recourent à des services tels que 23andMe comme s'il s'agissait d'une sorte d'horoscope susceptible de prédire

les risques de santé qu'ils courrent. Cependant, l'expérience accumulée depuis dix ans démontre que ces services en promettent presque toujours davantage que ce qu'ils peuvent fournir et qu'ils comportent de sérieuses limites.

### **Imputer la faute aux gènes par association**

S'il est possible d'« établir un lien » entre certaines maladies et les variations génétiques présentes dans l'ADN (appelées SNP ou polymorphismes mononucléotidiques), cela n'implique pas pour autant une relation de causalité.

En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'un test génétique révèle qu'on est porteur de gènes associés à un « risque supérieur à la normale » qu'on va nécessairement souffrir d'Alzheimer ou de diabète de type 2 plus tard dans la vie. En effet, l'inné et l'acquis jouent tous deux un rôle dans le développement de la maladie et notre société en sait encore très peu sur l'interaction entre ceux-ci.

Exception faite de quelques tests reposant sur des assises scientifiques (comme le dépistage génétique du gène BCRA, le « gène du cancer du sein »), la science est très en retard sur le marketing pour ce qui est de la majorité des examens de dépistage génétique.

### **Un marketing fondé sur nos pires frayeurs**

Il est peu courant d'obtenir une conclusion irréfutable à partir du décodage génétique personnalisé. Ce qui est moins rare,

c'est la publicité mensongère dont ces tests font souvent l'objet.

Récemment, le U.S. Government Accountability Office a mené une enquête sur les entreprises en ligne qui proposent des tests génétiques et des services-conseils sur les habitudes de vie. Des échantillons de salive identiques ont été envoyés à un certain nombre d'entre elles; leurs prédictions se sont avérées totalement contradictoires. Le bureau a également relevé des cas flagrants de marketing trompeur et de fausse représentation; certaines entreprises vont en effet jusqu'à prétendre que l'ADN des clients pourrait servir à fabriquer des suppléments personnalisés contre les maladies qui les guettent.

La conclusion du bureau d'enquête? La voici : « Ces tests ne donnent aucune information utile au consommateur. »

### **Prendre connaissance des faits avant de subir le test**

Malgré les espoirs que suscite l'idée d'une boule de cristal génétique, la vérité, c'est qu'on ne comprend pas exactement la nature du lien entre les gènes et la maladie. La science ne sait pas encore comment interpréter ce que la présence de tel ou tel gène dans votre ADN aura comme répercussion sur votre état de santé.

Certains argueront qu'un test génétique personnalisé permet d'éclairer un tant soit peu le mystère de notre constitution génétique et qu'un don d'ADN représente une occasion de contribuer à une bonne cause.

Un jour peut-être, les banques de données génétiques seront des centaines de fois plus puissantes qu'elles ne le sont aujourd'hui et mèneront à des découvertes qui permettront d'améliorer la vie de bon nombre d'entre nous. On peut certes l'espérer. Mais on est encore bien loin du compte.

*Alan Cassels est expert-conseil auprès du site EvidenceNetwork.ca. Il est chercheur en politiques sur les médicaments à l'Université de Victoria et l'auteur de l'ouvrage *Selling Sickness*. Son prochain livre, *Seeking Sickness*, traitera de l'industrie du dépistage en médecine.*

**janvier 2012**

# Reducing the harm caused by screening mammography

CHARLES J. WRIGHT



Women have a right to be confused about whether they should have screening mammography or not. They have been told for two generations that it is life-saving.

They have been bombarded by messages from healthcare professionals and public health programs urging them to comply: "If you don't go for regular mammograms you need more than your breasts examined"; "Give your mother the gift of life for mother's day — give her a mammogram"; "Mammograms can detect breast cancer when it is still curable." Health agencies and ministries have enthusiastically supported breast screening as a demonstration of their commitment to women's health.

When first introduced in the 1970s there was good reason for the hope that mammography would be a major tool in dealing with the scourge of breast cancer and that early diagnosis and treatment would translate into many lives saved.

A huge industry to support the demand was built involving doctors, radiologists, technicians and equipment manufacturers. The many adverse consequences of breast screening have been well known since the beginning but they were generally deemed acceptable at first with the prospect of saving women's lives. With hindsight this was a mistake.

What has only more recently been recognized, quantified and publicized, is just how serious the negative effects are in relation to how very small the potential benefits.

The facts have now been clearly presented by many independent expert groups, including the Canadian Task Force on Preventive Health Care, the U.S. Agency for Health Care and Quality and the Cochrane International Collaboration. Public understanding is not helped by debates about relative and absolute death rate results. But the easy way to grasp the results is to consider what happens to a large group of women, say 2,000, who are screened regularly for 10 years.

One woman will have her life prolonged while 700 will have at least one false-positive mammogram with all the resultant anxiety and further investigations, 70-80 will have unnecessary biopsies and at least 10 women will be diagnosed and treated for a 'cancer' that would never have developed in any case.

In addition, several women will have a false-negative mammogram that failed to show a real cancer that shows up soon after.

Cancer of the breast can be a devastating disease and almost every woman knows of a friend or relative who had breast cancer successfully treated after a screening mammogram. The cruel reality is that the screening so rarely brings any change to the eventual result.

For the one in 2,000 who benefits, more than 800 are harmed.

What can be done about the current confusion and conflicting advice on the subject? Concerning the support of screening programs we have to decide whether to heed the consistent findings of independent experts, or the advice of those with a large vested interest in the screening industry. John Maynard Keynes, the famous economist, famously responded to a challenge that he had changed his opinion on a disputed topic, saying, "When the facts change, I change my mind. What do you do, sir?"

It may take a long time to dispel the false hope that has been given to women, but public education dealing with the current evidence will have to be planned and presented. There is a more immediate need to replace current advocacy with honesty and balance in how the facts are presented.

In every medical test or procedure the potential benefit and harm must be considered, and it is now clear that in the case of screening mammography the harms tip the scale heavily.

At the very least a consent form summarizing the facts clearly and in plain language should have to be signed by women presenting for screening while plans for gradual re-allocation of resources are developed.

Some women may wish to continue with regular screening in spite of this information but unfortunately we now know that mammography does not pass the test for any acceptable screening program designed for the general population: namely, that it must cause significant benefit with insignificant harm.

*Dr. Charles Wright is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. He is also councillor with the Health Council of Canada.*

**January 2012**

# Réduire les torts causés par les mammographies de dépistage

CHARLES J. WRIGHT



Les femmes ont raison de ne plus savoir si elles devraient passer ou non des mammographies de dépistage. Depuis deux générations, on leur dit que cet examen sauve des vies. Les professionnels de la santé et les programmes de santé publique les ont bombardées de messages qui les pressent de s'y plier, du genre : « Passez régulièrement une mammographie, à défaut de quoi ce ne sont pas seulement vos seins qu'il faudra examiner »; « À l'occasion de la fête des Mères, donnez la vie en cadeau : offrez une mammographie à votre mère »; « Les mammographies permettent de détecter un cancer du sein à un stade guérissable ». Les organismes et les ministères responsables de la santé appuient le dépistage du cancer du sein avec enthousiasme, car il leur permet de démontrer que la santé des femmes les préoccupe.

Lorsque la mammographie a été introduite dans les années 1970, il y avait de bonnes raisons d'espérer qu'elle jouerait un grand rôle dans la lutte contre le fléau du cancer du sein et que le diagnostic et le traitement précoce permettraient d'épargner de nombreuses vies.

Depuis lors, une énorme industrie s'est développée, à laquelle participent médecins, radiologues, techniciens et fabricants d'appareils. Dès le début, on connaissait bien les nombreux effets néfastes des mammographies, mais on considérait généralement qu'ils étaient acceptables en regard de la possibilité de sauver des vies. Avec le recul, il s'agissait d'une erreur.

Ce n'est que tout récemment, cependant, qu'on a fini par admettre à quel point ces effets dépassaient les avantages éventuels, par les quantifier et en parler publiquement.

Bon nombre d'experts indépendants, dont le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, la U.S. Agency for Health Care and Quality et la Collaboration Cochrane ont exposé clairement les faits. Il faut dire que les débats sur les résultats relatifs et absolus en matière de taux de mortalité ne contribuent pas à améliorer la compréhension des membres du public sur ces questions. Le moyen le plus facile d'expliquer les résultats est d'illustrer ce qui se produit au sein d'une vaste cohorte de femmes, disons 2 000, qui ont passé une mammographie régulière depuis dix ans.

Parmi celles-ci, une femme verra sa vie prolongée, tandis que 700 autres obtiendront un résultat faussement positif au moins une fois, avec l'anxiété et les examens supplémentaires que cela suppose. De 70 à 80 femmes subiront une biopsie inutile et au moins 10 recevront un diagnostic et des traitements pour un « cancer » qui ne se serait jamais développé de toute façon.

Par ailleurs, plusieurs femmes obtiendront un résultat faussement négatif, l'examen n'ayant pas permis de détecter un cancer qui se manifestera peu de temps après.

Le cancer du sein peut être une maladie dévastatrice. La plupart des femmes connaissent une amie ou une parente qui a été traitée avec succès après avoir bénéficié d'une

mammographie. La réalité cruelle, c'est que le dépistage n'a une incidence sur le résultat final que trop rarement.

Une seule femme sur 2 000 en profite, alors que 800 autres subissent des torts.

Devant la confusion et les avis divergents sur le sujet, que faire? Il nous faudra décider, en ce qui touche le financement des programmes, s'il faut tenir compte des résultats concordants des experts indépendants sur cette question ou de l'avis de personnes qui détiennent des intérêts substantiels dans l'industrie du dépistage. John Maynard Keynes, l'économiste renommé, est célèbre pour avoir répondu de la façon suivante à un critique qui l'accusait d'avoir changé d'opinion sur un sujet controversé : « Quand les faits changent, je change d'idée. Et vous, monsieur, que faites-vous? »

Il faudra peut-être beaucoup de temps avant qu'on cesse d'alimenter les faux espoirs qui ont été donnés aux femmes. Il faudra envisager une campagne d'éducation afin que les preuves scientifiques soient connues du plus grand nombre. Entretemps, il est plus que nécessaire de remplacer le discours de persuasion actuel par la présentation honnête et équilibrée des faits.

Il faut soupeser les avantages et les torts associés à toute intervention médicale; dans le cas des mammographies de dépistage, la balance penche aujourd'hui nettement du côté des torts.

À tout le moins, on devrait faire signer aux femmes qui vont passer une mammographie un formulaire de consentement résumant les faits en langage clair et accessible, tandis que l'on planifiera une réaffectation graduelle des ressources.

Certaines femmes décideront peut-être de poursuivre le dépistage régulier en dépit de cette information.

Malheureusement, nous savons aujourd’hui que la mammographie ne se qualifie plus comme programme de dépistage universel acceptable : pour cela, il faudrait que ses bienfaits soient importants et ses effets néfastes négligeables, ce qui n'est pas le cas.

**Dr. Charles Wright** est expert-conseil auprès du site EvidenceNetwork.ca. Il est également conseiller auprès du Conseil canadien de la santé.

**janvier 2012**

# Why medical screening still has value

*But not everyone should be screened*

ALAN KATZ



Over the last few weeks there has been much debate in the media about the recommendations to limit population screening for two cancers. First came the U.S. recommendation to stop routine mammography screening for breast cancer in women aged 40 to 49. This week saw another U.S. recommendation: PSA screening for prostate cancer should no longer be routine care for men at average risk.

In fact neither of these American pronouncements should have been surprising or controversial in Canada. Many Canadian experts, including the Canadian Task Force on Preventive Healthcare, have been making these same recommendations for years. The evidence, in other words, has spoken.

So many are now asking the question: if doctors are no longer supposed to screen in certain populations for two of the most common cancers, is the age of medical screening over? In a word, no.

Rather than put an end to medical screening altogether, experts are simply catching up with the evidence on which patients should undergo screening and which ones would be better served without.

## Prostate screening: weighing the risks and benefits

Screening is the process where apparently healthy people are tested for a condition like prostate cancer. The screening test does not make the diagnosis, but a positive test — in this

example, an elevated PSA level — suggests that cancer may be present and that the patient should undergo further testing.

Further testing for prostate cancer usually takes the form of a biopsy, where tissue is removed from the prostate gland and examined to determine if it contains cancerous cells. The issue with screening is that these follow up tests are done on people without any signs of disease — they are healthy, in other words — so it is very important to err on the side of doing no harm.

But there is always a risk of doing harm in medical procedures.

When weighing options, doctors need to consider information about how likely an individual is to have a particular disease (in cancer screening, this is often influenced by age and family history), but they also need to consider what the consequences of further investigation might be for the patient. Not to mention, the consequence of not finding disease when it is present.

### **When cancer is present but not dangerous**

There is a commonly held belief that all cancers are fatal if not treated.

For prostate cancer, the belief is that if we find the cancer early through screening we can save the patient's life. We know that some patients die from prostate cancer, so the assumption is that all patients with prostate cancer will die

from it if not treated in time. If this were true, it would make good sense to screen all men for prostate cancer. But we know that it is not true.

We know that the majority of men with prostate cancer will not die from it.

So does screening for prostate cancer save the lives of some men? Maybe. However, when studies have looked at large groups of patients it was found that PSA screening did not save lives. In contrast, the harms are almost universal.

Life changes immediately for every man diagnosed with prostate cancer. Most will develop erectile dysfunction from treatment (surgery or radiation), many will have trouble with bladder control. And many of these men will not benefit from treatment at all.

The dilemma is this: at present, we can't differentiate those men who must be treated for prostate cancer in order to live, from those who don't need treatment in the first place.

So we treat them all and cause most of them harm.

The new recommendations from the U.S. against PSA screening for all healthy men over the age of 40 are simply catching up with what we already know. Until we have a better screening test — and plenty of research is looking for just that — the harms of screening for prostate cancer outweigh the benefits.

Men with a strong family history of prostate cancer, and African American men, however, may still benefit from screening with the PSA test. And, of course, screening for other cancers, such as colorectal cancer and cervical cancer, saves many lives.

But as the evidence for prostate cancer screening of healthy populations signals, screening is not beneficial to everyone, and not everyone should be screened.

*Alan Katz is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and Professor in the Department of Family Medicine at the University of Manitoba. He is also the Associate Director of the Manitoba Centre for Health Policy, where he serves as the Director of Research.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Hamilton Spectator and the Guelph Mercury.*

**May 2012**

# Le dépistage préventif reste utile, mais pas dans toutes les situations

ALAN KATZ



Depuis quelques semaines, deux recommandations américaines sur le dépistage de masse de deux cancers font l'objet d'un débat soutenu dans les médias. La première propose de cesser les mammographies de dépistage du cancer du sein chez femmes âgées de 40 à 49 ans. La deuxième, publiée cette semaine, va comme suit : le test de dépistage de l'APS (antigène prostatique spécifique) ne devrait plus faire partie des soins courants prodigués aux hommes à risque moyen.

En vérité, ni l'une, ni l'autre de ces recommandations risquait de créer la surprise ou la controverse dans notre pays. De nombreux experts, dont le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, proposaient la même chose depuis des années, car les données parlent d'elles-mêmes, pour ainsi dire.

Un constat qui en amène plusieurs à se demander : le fait de ne plus chercher à détecter deux parmi les cancers les plus courants chez certaines populations sonne-t-il la fin de l'ère du dépistage préventif?

De fait, les spécialistes n'ont pas mis une croix sur cette approche; ils sont plutôt en train d'ajuster le tir en fonction des données probantes sur les patients susceptibles d'en bénéficier et sur ceux qui auraient peut-être avantage à s'en passer.

**Le dépistage du cancer de la prostate : soupeser les risques et les avantages**

Le dépistage désigne une démarche par laquelle on soumet des personnes en apparence bonne santé à un examen destiné à détecter un cancer comme celui de la prostate. L'examen de dépistage ne constitue pas un diagnostic en soi, mais un résultat positif (un taux élevé d'APS, dans le cas présent), indique qu'il y a peut-être présence de cancer et que d'autres examens s'imposent.

Dans le cas du cancer de la prostate, cet examen prend généralement la forme d'une biopsie. Il s'agit de prélever un échantillon de tissu de la prostate et de l'examiner pour déterminer s'il contient des cellules cancéreuses. Le problème, c'est que cette intervention est prescrite à des gens ne montrant aucun signe de maladie (en bonne santé, autrement dit). D'où la nécessité d'user de prudence afin d'éviter de causer plus de tort que de bien.

Or toute intervention médicale comporte des risques.

Au moment de soupeser les choix, un médecin doit tenir compte des données à sa disposition afin de déterminer quelles sont les chances pour un individu de souffrir d'une maladie en particulier (dans le cas du cancer, l'âge et les antécédents familiaux influenceront sa décision). Mais il doit aussi s'interroger sur les répercussions d'une investigation plus poussée sur le patient. Sans parler des conséquences s'il y a présence de maladie, mais qu'elle n'est pas détectée.

## Tout cancer n'est pas létal

L'idée qu'en l'absence de traitement tous les cancers sont fatals est une croyance répandue.

Dans le cas du cancer de la prostate, le raisonnement est le suivant : si on le détecte assez tôt grâce au dépistage, il est possible de sauver la vie du patient. Puisque certains patients en meurent, nous supposons que tous les sujets atteints subiront le même sort s'ils ne sont pas traités à temps. Si c'était vrai, il serait logique de soumettre tous les hommes au dépistage. Or nous savons que c'est faux.

Nous savons que la majorité des hommes atteints d'un cancer de la prostate n'en mourront pas.

Si tel est le cas, le dépistage permet-il quand même de sauver la vie de certains hommes? C'est possible. Toutefois, les études sur de larges cohortes démontrent que le dépistage de l'APS ne sauve pas des vies. Par contre, il cause des torts quasiment universels.

La vie d'un homme se transforme immédiatement après un diagnostic de cancer de la prostate. La plupart souffriront de dysfonction érectile causée par le traitement (la chirurgie ou la radiothérapie); nombreux sont ceux qui connaîtront aussi des problèmes de contrôle de la vessie. Et un grand nombre ne tireront aucun avantage du traitement.

Le dilemme est donc le suivant : à l'heure actuelle, nous ne sommes pas capables de distinguer entre les hommes qui ne pourront pas survivre sans traitement et ceux qui n'en ont pas

besoin en partant. Cela nous amène à les traiter tous et à causer du tort à la majorité d'entre eux.

La nouvelle recommandation américaine contre le dépistage de l'APS chez tous les hommes de 40 ans et plus en bonne santé reflète tout simplement ce que nous savons déjà. Tant que nous ne disposerons pas d'un meilleur test (une quête à laquelle se consacrent justement plein de chercheurs), les torts causés par le dépistage dépassent les avantages.

Néanmoins, le dépistage de l'APS pourrait continuer à être utile dans le cas des hommes qui ont des antécédents familiaux de cancer de la prostate, ainsi que des Afro-Américains. Bien entendu, le dépistage d'autres cancers, comme le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus, continue de sauver de nombreuses vies.

Les données probantes sur le dépistage du cancer de la prostate chez des populations saines confirment qu'il ne s'agit pas d'une intervention bénéfique pour tous; par conséquent, cette approche ne devrait pas s'appliquer à tous les hommes.

*Alan Katz est expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca et professeur au département de médecine familiale de l'Université du Manitoba. Il est également directeur adjoint du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, où il occupe la fonction de directeur de la recherche.*

*Une version de ce commentaire est parue dans Le Soleil et La Presse.*

**mai 2012**

# Providing the right amount of healthcare

*In healthcare, more is not always better*

THÉRÈSE STUKEL AND NORALOU ROOS



It is easy to assume that the real problem with our healthcare system is ‘not enough’ – not enough physicians, not enough MRIs, not enough money.

But a growing number of studies show that more healthcare is not always better and the more expensive drug or treatment option is not necessarily the right choice. In fact, sometimes more care – specifically care that you don’t need – can be harmful for your health, and expose you to unnecessary risks.

So what is the ‘right amount’ of care?

Getting the ‘right amount’ of healthcare means you are getting as much care as you need, but not unnecessary, or too much, care.

Here are some examples: Getting antibiotics for an infection caused by bacteria that is helped by antibiotics is the ‘right amount’ of care. Getting antibiotics for a viral infection that is not helped by antibiotics – such as the common cold – would be unnecessary care. Staying on schedule with preventive care and screening tests that are backed by evidence and recommended for your age and health condition is the ‘right amount’ of care. Having preventive care and screening tests more often than recommended is unnecessary care.

Sounds common sense, except studies show that there is huge variation in the amount of healthcare that similar patients receive, depending largely on where they live.

For more than 20 years, the Dartmouth Atlas Project has tracked huge variations in the distribution and use of healthcare resources in the U.S. Studies consistently show that more care — specifically, more specialist visits, more diagnostic tests and more time in hospital, for similar patients — does not necessarily lead to better care; in fact, it could lead to harm.

By safely adopting more conservative practices, the evidence suggests that savings of about 30 per cent of U.S. Medicare costs or almost \$40 billion, could be realized, with care that could be at least as good.

And in Canada? Large regional variations have been documented in the provision of healthcare for patients with conditions such as cardiac disease, stroke, arthritis, asthma and diabetes, despite the availability of evidence-based clinical guidelines.

## **Less is More**

Last year the Good Stewardship Working Group published ‘Top 5’ lists for primary care providers in the *Archives of Internal Medicine*, under the heading: “Less is More.” They are, exactly as they sound — lists of the top five tests, medications or actions a doctor should refrain from doing unless special circumstances arise.

For example, in the “Top 5 List for Family Medicine,” doctors are reminded not to order imaging tests for low back pain unless specific symptoms are present; not to routinely

prescribe antibiotics for mild or moderate sinusitis unless it lasts longer than seven days or symptoms worsen after improvement; not to order annual ECGs or cardiac screening tests for low-risk patients with no symptoms of heart disease; not to perform Pap tests on patients younger than 21 years, and not to order DEXA screening for osteoporosis in women under age 65 years, and men under 70, with no risk factors.

Pediatricians are reminded not to prescribe antibiotics for pharyngitis unless a child tests positive for streptococcus; not to order diagnostic images for minor head injuries unless there is a loss of consciousness or other risk factors; to advise patients not to use cough and cold medications since there is little evidence they reduce symptoms yet have significant risks, including death.

The lists are handy references for doctors to ensure the right amount of care is being provided to the right patients. But this doesn’t always happen as it should.

## **Getting value for our healthcare dollars**

A variety of factors, such as patient illness severity and physician clinical judgment, determine whether a patient receives more health services. But non-medical factors, including a medical culture that promotes testing and interventions regardless of necessity, fee-for-service physician payment structures that reward volume over quality, excess availability of healthcare resources, such as hospital beds, specialists, CT and MRI scanners, and to a more limited extent, patient demand, also play a critical role.

There are limits to the amount we can spend on healthcare, and there is a need to determine whether we are getting good value for our healthcare dollars.

We need to track, for example, whether physicians in some areas are prescribing antibiotics to children much more frequently than they are in other areas — and physician groups and regional health authorities need to be tasked with asking why such high rates exist.

The same question should be asked about high rates of X-rays, EKGs, CT and MRI scans, lab tests, PSA tests, Pap smears on young girls and high rates of C-sections, hysterectomies, and other common elective surgeries.

Too much healthcare isn't just costly, it is all too often bad for your health.

*Thérèse A. Stukel is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, Senior Scientist at the Institute for Clinical Evaluative Sciences and Professor of Health Policy, Management and Evaluation in the Faculty of Medicine at the University of Toronto. Noralou Roos is Professor of the Faculty of Medicine at the University of Manitoba and the co-founder of EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in iPolitics.ca and Troy Media.*

**June 2012**

# Prodiguer la bonne quantité de soins de santé

*En matière de soins de santé, plus ne signifie pas toujours mieux*

THÉRÈSE STUKEL ET NORALOU ROOS



Il est aisément de supposer que le véritable problème de notre système de santé consiste en son « manque de ressources » : il n'y a pas assez de médecins, pas assez d'appareils d'imagerie par résonance magnétique, pas assez de fonds.

Toutefois, un nombre grandissant d'études tend à démontrer que plus de soins ne signifie pas toujours de meilleurs soins, et que le choix le plus indiqué ne coïncide pas nécessairement avec le médicament ou le traitement le plus coûteux. Dans les faits, recevoir plus de soins qu'il n'en faut peut être nuisible à la santé et exposer à des risques inutiles, surtout lorsqu'il s'agit de soins dont on n'a pas besoin.

Mais qu'est-ce que la « bonne quantité » de soins?

Obtenir la « bonne quantité » de soins signifie recevoir les soins dont on a besoin, et non des soins inutiles ou excessifs.

Voici quelques exemples : se voir prescrire des antibiotiques pour une infection causée par une bactérie pouvant être combattue à l'aide d'antibiotiques, c'est recevoir la « bonne quantité » de soins. Se voir prescrire des antibiotiques pour une infection virale qui ne peut pas être combattue à l'aide d'antibiotiques, c'est recevoir des soins inutiles. Recevoir des soins préventifs et subir des tests de dépistage en fonction d'observations médicales concrètes et d'un calendrier de soins recommandé pour son âge et son état de santé, c'est recevoir la « bonne quantité » de soins. Recevoir des soins préventifs et subir des tests de dépistage plus souvent que ce qui est recommandé, c'est recevoir des soins excessifs.

Ces exemples semblent relever de la logique la plus élémentaire, mais des études montrent que la quantité de soins prodiguée à des patients ayant des états de santé similaires varie énormément, et ce, en fonction principalement de leur le lieu de résidence.

Depuis plus de 20 ans, des travaux de suivi réalisés dans le cadre du Dartmouth Atlas Project ont permis de relever de très importantes variations dans la distribution et l'utilisation aux États-Unis des ressources consacrées aux soins de santé. Également, les études indiquent invariablement que pour des patients ayant des états de santé comparables, une plus grande quantité de soins, nommément plus de consultations auprès de spécialistes, de tests de diagnostic et de jours d'hospitalisation, ne donne pas nécessairement lieu à de meilleurs résultats, mais pourrait, dans les faits, être nuisible.

Les données observées laissent entendre que l'adoption sécuritaire de pratiques plus modestes permettrait de réduire les coûts du régime d'assurance-maladie américain Medicare de 30 %, ce qui équivaut à une économie de près de 40 milliards de dollars qui pourrait être réalisée grâce à des soins pour le moins tout aussi efficaces.

Qu'en est-il du Canada? Malgré l'existence de recommandations pour la pratique clinique fondées sur des faits démontrés, des études font état d'importantes variations régionales dans la prestation de soins de santé aux patients souffrant d'affections comme les maladies

cardiaques, l'arthrite, l'asthme ou le diabète, ou ayant subi un accident vasculaire cérébral.

### **Le moins vaut le plus**

L'année dernière, dans la revue médicale *Archives of Internal Medicine*, le Good Stewardship Working Group a publié à l'intention des centres de soins de première ligne des palmarès de cinq soins sous l'intitulé « Less is more » (« Le moins vaut le plus »). Comme le laisse supposer l'intitulé servant à les introduire, ces palmarès énumèrent les cinq principaux tests, médicaments ou interventions qu'un médecin devrait s'abstenir de prescrire à moins de circonstances particulières.

Par exemple, dans le palmarès de cinq soins touchant la médecine familiale, on rappelle aux médecins de ne pas ordonner de test d'imagerie médicale pour une lombalgie à moins qu'il y ait présence de symptômes précis; de ne pas prescrire automatiquement des antibiotiques pour une sinusite légère ou modérée à moins qu'elle ait duré plus de sept jours ou que les symptômes aient empiré après une amélioration; de ne pas ordonner chaque année un électrocardiogramme ou des tests de dépistage des maladies cardiaques chez les patients à faible risque ou ne présentant pas de symptôme de trouble cardiaque; de ne pas effectuer de test de Papanicolaou chez les patientes de moins de 21 ans; de ne pas ordonner d'absorpsiométrie de photons x à deux longueurs d'onde pour le dépistage de l'ostéoporose chez les

femmes de moins de 65 ans et les hommes de moins de 70 ans ne présentant aucun facteur de risque.

On rappelle aussi aux pédiatres de ne pas prescrire d'antibiotiques pour une pharyngite à moins que des tests aient montré la présence chez l'enfant d'un streptocoque; de ne pas ordonner d'imagerie diagnostique pour une blessure mineure à la tête à moins d'une perte de conscience ou de la présence d'autres facteurs de risque; de conseiller à leurs patients de ne pas utiliser de médicaments contre le rhume et la toux, puisqu'il existe d'une part peu de preuves que ces médicaments permettent de réduire les symptômes, et parce que ces médicaments posent d'autre part des risques importants, y compris la mort.

Ces listes constituent des documents de référence que les médecins peuvent consulter facilement afin de s'assurer de prodiguer la bonne quantité de soins au bon patient.

Cependant, elles ne sont pas toujours consultées comme elles le devraient.

## **L'utilisation à bon escient de chaque dollar dépensé en soins de santé**

Nombre de facteurs médicaux contribuent à déterminer la quantité de soins prodiguée à un patient, comme la gravité de son état de santé et le jugement clinique du médecin. Par contre, il existe également plusieurs facteurs non médicaux jouant un rôle essentiel à ce titre, notamment une culture médicale encourageant la prescription de tests et d'interventions sans tenir compte de leur véritable nécessité,

le mode de rémunération des médecins à l'acte, qui favorise le volume au détriment de la qualité, une trop grande accessibilité des ressources de soins de santé comme les lits d'hôpital, les spécialistes, les tomodensitomètres et les imageries par résonance magnétique, et enfin, dans une moindre mesure, la demande des patients eux-mêmes.

Or, comme les fonds pouvant être dépensés en soins de santé ne sont pas illimités, il est impératif de déterminer si chaque dollar investi est utilisé à bon escient.

Nous devons, par exemple, repérer les régions où les médecins prescrivent des antibiotiques aux enfants de façon beaucoup plus fréquente qu'ailleurs, et donner aux associations de médecins et aux autorités médicales de ces régions le mandat de s'interroger sur les raisons expliquant l'existence de taux de prescriptions d'antibiotiques aussi élevés.

Le même questionnement devrait s'imposer pour les taux élevés de rayons X, d'électrocardiogrammes, d'imageries par résonance magnétique, de tomodensitomètres, de tests en laboratoire, de tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique, de tests de Papanicolaou chez les jeunes filles, de même que pour les taux élevés de césariennes de convenance, d'hystérectomies et d'autres opérations chirurgicales électives courantes.

Parce que plus de soins que le nécessaire, ce n'est pas seulement coûteux, c'est également et trop souvent nuisible pour la santé.

*Thérèse A. Stukel œuvre à titre d'experte-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca, est scientifique principale à l'Institut de recherche en services de santé et est professeure en évaluation et gestion des politiques de santé à la faculté de médecine de l'Université de Toronto. Noralou Roos est professeure à la faculté de médecine de l'Université du Manitoba et co-fondatrice d'EvidenceNetwork.ca*

**juin 2012**

# Medical screening has over-promised and under-delivered

*How perfectly healthy people are turned into patients*

ALAN CASSELS



What could possibly be wrong with having a mammogram? Or a PSA test for prostate cancer? Even a full body CT scan? Finding the signs of illness before it strikes you down is always the best course of action — isn't it? You might have similar thoughts when offered a routine screening test, ultimately believing that screening for illness before it happens can only do good. So, you may be in for a shock, as I was, when I discovered how often medical screening has overpromised and under-delivered. And how frequently the 'screen early, screen often' paradigm — including even simple blood tests to check for high cholesterol — can rapidly turn perfectly healthy people into patients.

## **Unnecessary care can be bad for your health: Prostate and breast cancer screening**

Some medical screening, such as early testing for colon or cervical cancer, has a long lineage of strong evidence that it can save lives. Others, not so much.

The poster child for inappropriate and harmful screening is probably the full body CT scan, which is routinely promoted with a 'better safe than sorry' message that is compelling, but neither supported by independent experts or good science.

Here's what is not advertised: a full-body scan is pretty much guaranteed to find some kind of abnormality that likely won't hurt you.

In a study published in *Radiology*, 86 per cent of patients of 1,000 symptom-free people who underwent full body CT

scans had an abnormality detected. The average person had 2.8 abnormalities revealed by the CT scan — items which appeared unusual, but either disappeared on their own or were so slow-growing that they never went on to threaten the individual.

Even for screening programs that are well-studied, such as those for breast or prostate cancers, the chances of being saved by the test are often outweighed by the possibility that the individual will be hurt by the testing or possible treatments which follow.

Yet, since most of us know someone whose life has been 'saved' by a test, we submit.

The PSA test, which screens a man's blood looking for risks of prostate cancer, might seem like a no brainer for many men, especially those who have lost brothers or a father to the disease. But what most of us aren't going to hear is that when an individual has a high PSA score (which could be caused by many things), the doctor can't tell if the patient has the slow growing-type of prostate cancer that the majority of men eventually get (and won't die from), or the fast-growing type that can be quickly lethal.

Here's the data, taken from a study published in the *New England Journal of Medicine*: to save a single man dying from prostate cancer, 1,410 men need to be screened, and of those, 48 will undergo treatment (with chemotherapy, surgery or drugs). About 30 of the treated men will end up impotent or incontinent (a possible consequence of the treatment).

Screening can be a terribly difficult and emotional decision because many of us don't think in terms of numbers like these. Medical screening falls under the spell of the 'popularity paradox' where despite high levels of false positives for many tests (common in breast, lung and prostate cancer screening especially), people still rally behind them. We ask our friends and relatives to help raise money for 'the cure' and are cheerleaders for the message of early detection.

In the world of breast cancer screening, many of us know a woman who has dealt successfully with the disease, and are led to believe that early screening saved a life. The truth is that some women, even with screening, will die. And many women, without screening, will be treated successfully. What's often not factored into the decision-making process is the potential harm incurred from the many false positives, the subsequent radiation from repeated testing, and the pain and suffering from potential biopsies and treatment.

One of the most common side effects of medical screening — the wrenching psychological impact of telling someone they may have cancer when they don't — is rarely taken into account. And it's significant.

The latest research for breast cancer screening, from the Canadian Task Force on Preventive Healthcare, says that you'd have to give mammograms to 2,100 women aged 40 to 49 every two years for 11 years to save one life. In the interim, screening will result in almost 700 false positives (think more

testing, more x-rays and investigations) and about 75 women will have an unnecessary biopsy.

### **Informed decision-making the best medicine**

Early screening on its own, without the evidence to back up its usefulness in saving or improving lives, is not only costly to our public health system, but may actually cause patient harm.

The principle here is that even when saving a life by screening seems the intuitive and right thing to do, it's not a deal you should ever enter into without understanding the probabilities first — your chances of being helped or hurt by the test. Talk to your health provider, and always ask for the evidence.

*Alan Cassels is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, and a researcher at the University of Victoria. His new book, Seeking Sickness: Medical Screening and the Misguided Hunt for Disease (Greystone Books) will be released this month.*

*A version of this commentary appeared in the Victoria Times Colonist, Vancouver Sun and the Vancouver Province.*

**May 2012**

# Le dépistage médical : une réputation surfaite, des résultats mitigés

*La transformation de gens bien portants en patients*

ALAN CASSELS



Qu'y a-t-il de mal à subir une mammographie? Ou un test de dépistage de l'APS? Ou même une tomodensitométrie corporelle? N'est-il pas mieux de détecter les premiers signes d'une maladie avant qu'elle ne vous terrasse?

Ces propos vous traversent peut-être l'esprit lorsqu'on vous propose un test de dépistage de routine et vous pensez que cette démarche, destinée à prévenir le pire, ne peut être que positive. Vous serez donc peut-être surpris, comme je l'ai été, de constater que la réputation du dépistage médical est surfaite et que les résultats sont mitigés. En fait, le « dépistage précoce et fréquent », y compris de simples analyses de sang pour détecter des taux de cholestérol élevés, transforment fréquemment et en peu de temps des gens bien portants en patients.

## **Des interventions non nécessaires peuvent nuire à votre santé : le dépistage du cancer de la prostate et du sein**

Il existe des preuves irréfutables selon lesquelles certaines pratiques, comme le dépistage précoce du cancer du côlon et du col utérin, peuvent sauver des vies. Or, ce n'est pas le cas pour tous les types de dépistage.

La tomodensitométrie corporelle constitue probablement l'exemple classique du dépistage contre-indiqué et préjudiciable pour la santé. Cette procédure est fréquemment présentée avec force comme étant le moyen idéal pour « assurer un bon état de santé et éviter le pire ». Toutefois, la recherche indépendante et une application rigoureuse de la

démarche scientifique ne soutiennent aucunement ce postulat.

Ce qui n'est pas dit, c'est qu'une tomodensitométrie corporelle relèvera assurément une anomalie quelconque, qui sera probablement bénigne.

Dans le cadre d'une étude publiée dans la revue Radiology, une tomodensitométrie corporelle a été effectuée auprès de 1 000 personnes asymptomatiques, révélant une anomalie chez 86 pour cent d'entre elles. En fait, la personne moyenne présentait 2,8 anomalies, des éléments qui semblaient inhabituels, mais celles-ci finissaient par disparaître ou croissaient à un rythme si lent qu'elles n'entraînaient aucun danger pour la personne.

Il en va de même pour les programmes de dépistage qui ont fait l'objet d'études approfondies, comme le dépistage du cancer du sein ou de la prostate. La possibilité qu'une telle intervention puisse sauver une vie est souvent dépassée par les effets délétères du dépistage ou des traitements pouvant s'ensuivre.

Nous nous soumettons malgré tout à ces protocoles puisque la plupart d'entre nous ont connu une personne qui a été « sauvée » grâce à un test de dépistage.

Le test de dépistage de l'APS est effectué au moyen d'une analyse sanguine, laquelle vise à détecter chez un homme les risques de cancer de la prostate. Cette démarche peut sembler tout à fait logique, surtout chez les hommes dont le frère ou le

père sont décédés de cette maladie. Mais ce que la plupart d'entre nous ne savons pas, c'est que lorsqu'un individu affiche un taux élevé d'APS (les causes pouvant être multiples), le médecin ne peut dire s'il s'agit d'un cancer de la prostate à croissance lente, qui frappe éventuellement la majorité des hommes (et qui n'est pas mortel) ou d'un cancer à croissance rapide, qui peut précipiter la mort.

Les données qui suivent sont tirées d'une étude publiée dans le New England Journal of Medicine. Pour éviter qu'un seul homme ne meure du cancer de la prostate, des tests de dépistage ont été réalisés auprès de 1 410 hommes. De ce nombre, 48 seront traités (chimiothérapie, chirurgie ou médicaments). Parmi ceux-ci, 30 deviendront impuissants ou incontinents (un possible effet du traitement).

La décision de se soumettre ou non à un test de dépistage peut s'avérer très difficile et émotionnellement chargée puisque nous n'avons pas l'habitude de jongler avec des statistiques. Or, le dépistage médical bénéficie d'une « popularité paradoxale ». En d'autres termes, malgré le fait que les tests entraînent souvent de faux résultats positifs (c'est souvent le cas pour le dépistage du cancer du sein, des poumons et de la prostate), les gens leur accordent encore une grande crédibilité. Nous demandons à nos amis et à notre famille de nous aider à recueillir des fonds pour qu'un « remède » soit mis au point et nous défendons allégrement la détection précoce.

Nombre d'entre nous ont dans leur cercle de connaissances une femme qui a vaincu le cancer du sein. Les milieux qui promeuvent le dépistage de cette maladie nous font croire que le dépistage précoce sauve des vies. La vérité est plutôt autre. Des femmes meurent de cette maladie, même après avoir subi un test de dépistage, et nombre de femmes qui n'ont pas subi ce test sont traitées et retrouvent la santé. Ce qui est souvent exclu du processus décisionnel est le fait que les nombreux faux résultats positifs, les radiations émises par des tests répétés et la douleur et les souffrances causées par les biopsies et les traitements peuvent causer des préjudices.

Le terrible choc psychologique infligé à une personne qui reçoit un faux diagnostic de cancer constitue l'un des effets secondaires importants découlant du dépistage médical. Cette donnée fait l'objet de peu d'attention mais elle est pourtant de grande conséquence.

Selon les plus récentes recherches en matière de cancer du sein réalisées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, il faudrait soumettre 2 100 femmes âgées de 40 à 49 ans à une mammographie tous les deux ans, pendant 11 ans, pour sauver une seule vie. Dans le cadre de ce processus, les tests de dépistage livreraient 700 faux résultats positifs (entraînant d'autres tests de dépistage, radiographies et autres examens) et entraîneraient 75 biopsies non nécessaires.

## **Le meilleur traitement : un processus décisionnel fondé sur des faits**

Le dépistage précoce, dont l'efficacité pour ce qui est de sauver des vies ou d'améliorer la santé des gens n'a pas été prouvée, est non seulement coûteux pour notre réseau de santé mais peut aussi causer des torts aux patients.

Par conséquent, même si un test de dépistage semble tout à fait indiqué, n'acceptez pas de vous soumettre à cette procédure sans bien comprendre d'abord les risques de préjudices associés. Discutez-en avec votre professionnel de la santé et exigez toujours des preuves à l'appui.

*Alan Cassels est expert-conseil pour EvidenceNetwork.ca et chercheur à l'Université de Victoria. Son nouveau livre, *Seeking Sickness: Medical Screening and the Misguided Hunt for Disease* (Greystone Books) sera publié au cours du mois.*

*Une version de ce commentaire est parue dans *Le Soleil*.*

**mai 2012**

# Why heart health is not just a numbers game

JAMES MCCORMACK



Have you been told by your healthcare professional that you have high blood pressure, high cholesterol or type 2 diabetes and you need to do something to improve your 'numbers'? If so, it is likely their recommendations were based on national clinical practice guidelines written by experts in cardiovascular health.

On the face of it, following guidelines seems a very reasonable approach. What could be the problem?

Well, a recent evaluation of cardiovascular patient guidelines reveals that only 12 per cent of the recommendations are based on randomized controlled trials (the highest level of evidence). In contrast, 54 per cent of the recommendations are based purely on opinion and consensus.

Here's what we know well: Evidence from the last 30 years provides pretty solid support that lowering what would be considered higher levels of blood pressure (above 160 to 170 mmHg systolic), especially in type 2 diabetics, reduces cardiovascular events (heart attacks and strokes) to what many, if not most, would consider a clinically important degree. Statins reduce the chance of cardiovascular events and one can control symptoms and improve outcomes when very high glucose levels are reduced.

But the evidence for reducing the risk of cardiovascular disease is not nearly as impressive or definitive when it comes to aggressively getting numbers below the commonly recommended lower number thresholds for blood pressure (<140/90 mmHg), diabetes (hemoglobin A1c <7 per cent) and

cholesterol (LDL < 2.0 mmol/L). This is important because reducing the chance of cardiovascular events is the only reason we aim to change numbers in the first place.

Given this, it is unfortunate how many patients and their families worry and become obsessed with these quite arbitrary breakpoints. A recent *British Medical Journal* analysis goes so far to say that our idolizing obsession with changing patient numbers is ‘damaging patient care.’

### **Beware the spin**

One of the more tricky aspects surrounding cardiovascular disease numbers is how the magnitude of the cardiovascular benefits is typically presented.

A news report may, for example, state that a five-year study of a drug has shown it reduces cardiovascular disease by 25 per cent. Sounds convincing, right?

While this number may be technically correct, it’s actually misleading.

That’s because a typical study result may find those patients who go without medication over five years have an eight per cent chance of a cardiovascular event, whereas if they take the medication in question, their chance decreases to six per cent.

Mathematically, it is true that six is 25 per cent lower than eight (a ‘relative’ difference). But the number that matters — the ‘absolute’ number — is actually two per cent (eight minus six). In other words, two per cent of people obtained a benefit,

but 98 per cent of people on the medication received no cardiovascular benefit. The benefit is hopefully greater over a longer period of time, but studies rarely extend beyond five years.

In the case of statins, a class of drugs routinely prescribed to lower cholesterol, evidence shows the absolute difference in cardiovascular events achieved over a five year period is roughly 1 to 1.5 per cent in patients who have never had a heart attack or a stroke. Other popular drugs (ezetimibe, niacin, fibrates) that lower cholesterol numbers have not been shown to consistently reduce the chance of cardiovascular events.

Most blood pressure drugs (but not atenolol or doxazosin), when used in patients with systolic blood pressures around 160 to 170 mmHg, lead to a difference in cardiovascular events of around two per cent to five per cent, and there is a five to eight per cent reduction when a drug called metformin is used in newly diagnosed diabetics.

Interestingly, other drugs used to lower blood glucose in diabetes have either been shown to have less of a benefit, no benefit at all or have not been studied to see if they reduce the chance of cardiovascular disease. And we can’t forget the possible side effects and the costs for medications, which patients must consider. Since the majority of patients will not get a cardiovascular benefit from these medications, any side effects really become unacceptable.

### **Informed decision making**

Medical guidelines are oddly silent on patient preferences. A recent look at five main Canadian cardiovascular guidelines reveals that only 99 of the 90,000 words in the documents addresses patients' values and preferences.

So, given all of this, what's a patient to do?

Let's forget the numbers for a moment and focus on what patients can and should do for themselves. The best available data show that stopping smoking, eating in moderation (the Mediterranean diet has the best evidence), and being active are the three most important things a person can do to reduce cardiovascular risk (even if these things don't change your numbers).

Patients should ask their doctors, if a medication is recommended, whether that specific drug has been shown in well-designed clinical trials to reduce cardiovascular disease, and if so, by how much (in absolute numbers). They should also always have a discussion about the possible side effects and costs of any medication.

The bottom line: The goal is reducing the chance of cardiovascular disease not just lowering numbers.

In the end, a healthcare provider should support the patient decision regardless of the path the patient chooses and not make them feel guilty if they don't blindly follow the latest guideline recommendations.

*James McCormack is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and professor with the Faculty of Pharmaceutical Sciences at the University of British Columbia in Vancouver.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Winnipeg Free Press and the Miramichi Leader.*

**May 2012**

# La santé du cœur, ce n'est pas qu'une question de taux

JAMES McCORMACK



Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez une pression artérielle élevée, un haut niveau de cholestérol ou encore un diabète de type 2, et que vous deviez faire quelque chose pour améliorer vos « taux » ? Si oui, il est probable que les conseils de ce professionnel s'appuyaient sur des recommandations nationales pour la pratique clinique rédigées par des spécialistes de la santé cardiovasculaire.

À première vue, il semble tout à fait raisonnable de suivre les recommandations de spécialistes. Mais pourraient-elles poser problème ?

Selon une évaluation récente des recommandations concernant les maladies cardiovasculaires, on constate que seulement 12 % d'entre elles sont fondées sur des données provenant d'essais cliniques randomisés (il s'agit des données cliniques les plus fiables), alors que 54 % reposent uniquement et entièrement sur l'opinion et le consensus de la communauté médicale.

Voici ce que nous savons de façon assez certaine : les données accumulées depuis une trentaine d'années appuient fortement l'idée selon laquelle diminuer une pression artérielle jugée élevée (au-dessus de 160 à 170 mm Hg systolique), particulièrement chez les personnes atteintes de diabète de type 2, réduit les risques d'accidents cardiovasculaires (crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux) dans une proportion que beaucoup, si ce n'est la majorité, considèrent cliniquement importante. On sait également que la prise de statines permet aussi de réduire les risques d'accidents

cardiovasculaires, de même que de contrôler les symptômes et d'améliorer les résultats lorsqu'il y a diminution d'un taux très élevé de glycémie.

Toutefois, la preuve d'une diminution des risques de maladies cardiovasculaires se révèle beaucoup moins concluante ou certaine lorsqu'il s'agit de faire baisser rapidement sous les seuils généralement recommandés les taux liés à la pression artérielle (moins de 140/90 mm Hg), au diabète (moins de 7 % d'hémoglobine « AC1 ») et au cholestérol (moins de 2,0 mmol/L de lipoprotéine B). Il est important de souligner ce fait, car la réduction des risques d'accidents cardiovasculaires constitue l'unique raison pour laquelle nous nous efforçons de faire descendre ces taux.

Aussi est-il regrettable de voir à quel point de nombreux patients et leur famille s'inquiètent et développent même une obsession à propos de ces taux et de leurs seuils, qui sont en définitive relativement arbitraires. Une analyse récente du British Medical Journal a même affirmé que notre obsession pour la réduction de ces taux nuirait aux soins donnés aux patients.

### **Attention aux chiffres trompeurs**

Une des questions les plus délicates entourant les données liées aux maladies du cœur concerne la façon dont est généralement présentée l'amplitude des effets bénéfiques d'un médicament sur la santé cardiovasculaire.

Par exemple, un article de presse pourrait annoncer qu'une étude de cinq ans effectuée sur un médicament a démontré que celui-ci réduit les risques de maladies cardiovasculaires de 25 %. Une telle donnée semble plutôt convaincante, n'est-ce pas?

Or, bien qu'elle puisse être techniquement vraie, elle est en réalité trompeuse.

La raison est la suivante : le résultat normal d'une étude peut mener à la constatation que les patients qui n'utilisent pas le médicament durant une période de cinq ans présentent un risque d'accident cardiovasculaire de 8 %, alors que s'ils l'utilisent, ce risque diminue à 6 %.

D'un point de vue strictement mathématique, il est vrai que six est moins élevé que huit dans une proportion de 25 %. Il s'agit d'une différence « relative ». Cependant, la donnée qui compte vraiment, c'est-à-dire celle qui est en chiffres « absolu », c'est 2 % (huit moins six). Autrement dit, le médicament a eu un effet bénéfique sur la santé cardiovasculaire de 2 % des patients, et il n'a eu aucun effet de ce type pour 98 % d'entre eux. Avec un peu de chance, l'efficacité du médicament s'accroîtra avec une période d'utilisation plus longue, mais les études durent rarement plus de cinq ans.

Dans le cas des statines, une famille de médicaments habituellement prescrits pour diminuer le taux de cholestérol, les données indiquent sur une période de cinq ans une diminution en chiffres absolu des accidents cardiovasculaires

d'environ 1 % à 1,5 % chez les patients n'ayant jamais eu de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral. Quant aux autres médicaments couramment utilisés pour réduire le taux de cholestérol (l'ezetimibe, la niacine, les fibrates), aucune étude n'a démontré qu'ils contribuaient vraiment à réduire de façon constante les risques d'accidents cardiovasculaires.

Lorsqu'ils sont utilisés par des patients ayant une tension systolique se situant entre 160 et 170 mm Hg, la plupart des médicaments contre la pression artérielle (à l'exception de l'aténolol et de la doxazosine) entraînent une réduction des accidents cardiovasculaires d'environ 2 % à 5 %. Dans le cas de la metformine, on observe une diminution de 5 % à 8 % chez les diabétiques nouvellement diagnostiqués.

Fait à noter, les autres médicaments utilisés pour réduire le taux de glycémie des personnes atteintes du diabète ont selon les études un effet bénéfique minime ou nul sur la santé cardiovasculaire, ou n'ont jamais fait l'objet d'études visant à déterminer s'ils réduisent les risques de maladies cardiovasculaires. Et il ne faut par ailleurs surtout pas oublier le coût et les éventuels effets secondaires de ces médicaments, que les patients doivent prendre en compte. Dans la mesure où la majorité des patients ne tirera aucun avantage de ces médicaments sur le plan de la santé cardiovasculaire, tout effet secondaire devient alors carrément injustifiable.

## Prise de décision éclairée

Les recommandations médicales sont curieusement silencieuses quant aux préférences des patients. Un examen

récent des cinq principales recommandations canadiennes concernant les maladies cardiovasculaires révèle que seulement 99 des 90 000 mots utilisés dans ces documents renvoient aux valeurs et aux préférences des patients.

Dans de telles circonstances, que peuvent alors faire les patients?

Laissons de côté un instant les taux et concentrons-nous sur ce que les patients peuvent et devraient faire pour eux-mêmes. Les meilleures données accessibles indiquent qu'arrêter de fumer, manger avec modération (le régime alimentaire méditerranéen étant le plus bénéfique selon les études) et faire de l'activité physique sont les trois meilleurs moyens qu'une personne peut emprunter afin de réduire ses risques de maladies cardiovasculaires (même s'ils ne modifient pas ses « taux »).

Lorsqu'un médicament lui est conseillé, chaque patient devrait demander à son médecin s'il a été démontré par des essais cliniques bien conçus que ce médicament permet de réduire les risques de maladies cardiovasculaires, et si c'est le cas, dans quelle proportion (en chiffres absolus). On devrait également toujours discuter avec son médecin des effets secondaires possibles de même que du coût de tout médicament.

Au bout du compte, l'objectif est de diminuer les risques de maladies cardiaques, et non de réduire simplement des taux.

En dernier lieu, les professionnels de la santé devraient soutenir la décision d'un patient, quelle qu'elle soit, et éviter de le culpabiliser s'il ne suit pas aveuglément les plus récentes recommandations médicales.

*James McCormack œuvre à titre d'expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca et est professeur à la faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver.*

**mai 2012**

# Getting the right dose

## *Many of us may be unintentionally over-dosing on our medications*

JAMES MCCORMACK



Paracelsus, a 16<sup>th</sup> century physician apparently once stated, "All things are poison, and nothing is without poison; only the dose permits something not to be poisonous." With the plethora of prescription medications now available, this statement may ring more true today than 500 years ago.

What you probably don't know: Many of us, right now, may be unintentionally over-dosing on our medications.

The necessary restrictions of the drug regulatory system, coupled with a common desire of both health professionals and patients for an immediate effect, are part of the problem. Add to this the overall under appreciation of, or the inability to predict the huge variation in response that individual patients will exhibit to medications, and we have the perfect storm for the unintentional medication overdosing of a large segment of our population.

Before a drug is approved, drug companies have to show a medication has an 'effect.' The significant regulatory and financial limitations in the drug discovery and approval process virtually dictates that the doses selected for study need to be at a level that will generate a response in most patients. In addition, initial studies are usually done on otherwise relatively healthy individuals who are least likely to run into problems.

As the late Lewis Sheiner, a clinical pharmacology guru stated in 1991: "the dose studied is a dose almost guaranteed to be excessive."

Once the preliminary studies have been completed, by regulation, the studied doses then become the initial marketed dose; it is also the dose that most health professionals will choose, since it is recommended in the product monograph.

Studies to determine the lowest effective dose are rarely done, and certainly not until well after a drug has been released onto the market.

Neither the drug industry, regulatory bodies nor health professionals are conspiring to promote overly high doses for patients. The problem is a systemic one: the end result of a sequence of events that invariably leads to an excessive initial dosage recommendation for most of our medications — as my colleagues and I pointed out in an [article](#) on the topic in the *Canadian Medical Association Journal* last year (January 2011).

There are any number of examples of studies, completed well after a medication has been approved, marketed and widely prescribed, that show the original recommended doses were higher than needed for many patients. Recent examples include doses for sildenafil for erectile dysfunction; bupropion for smoking cessation; ranitidine for heartburn; colchicine for gout; fluoxetine for depression; iron for anemia; many blood pressure medications; oral contraceptives; estrogen for menopausal symptoms; and inhaled steroids for asthma — just to name a few.

In some cases, as little as one quarter or one eighth of the original recommended dosage ends up being shown to be either equally effective or at least to provide an important benefit — with fewer side effects.

The reverse almost never happens: recommendations to use higher doses of a medication after it has been released onto the market.

So, what's the solution?

We could, and should, increase the level of post-market evaluations of medications with a specific focus on finding the lowest effective dose. As important as this measure might be, it would still be an after-the-fact solution — so would only address part of the issue.

For the foreseeable future we are left with the fact that initial dose recommendations for medications will often be higher than needed for many patients.

So how can you know what's the best dose for you?

No matter what type of approval system is in place, or the number of studies completed on a medication before or after it hits the market, the truth is that no one will be able to know ahead of time the right dose and dosing interval specific for you. Only you, with the help of your medical provider, can figure that out.

Once you are on a medication, know that everything now becomes an experiment to determine the best dose for you.

Unless you have a condition that is severe, is immediately life threatening or you need a response from the very first dose, under the guidance of your medical provider, start with a very low dose (1/2 to 1/4 of the marketed dose); you can then increase the dose slowly up to the 'best' dose for you. This is a simple and potentially cost-saving approach that can't help but lead to a reduced chance of side effects, reduce many of the problems with drug interactions, and most importantly, give control back to the person taking the medication.

*James McCormack is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and professor with the Faculty of Pharmaceutical Sciences at the University of British Columbia in Vancouver.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Vancouver Sun and the Toronto Star.*

**July 2012**

# La bonne dose

## *Involontairement, plusieurs d'entre nous prennent peut-être des surdoses de médicaments*

JAMES MCCORMACK



Paracelse, un médecin du XVIe siècle, aurait déjà affirmé : « Rien n'est poison, tout est poison : seule la dose fait le poison. » Devant la pléthore de médicaments d'ordonnance maintenant disponibles, cette affirmation sonne sans doute plus juste aujourd'hui qu'il y a 500 ans.

Il y a une chose que vous ignorez probablement : plusieurs d'entre nous consomment peut-être, sans le vouloir, des doses excessives de médicaments.

Les nécessaires limitations du système de réglementation pharmaceutique, conjuguées au désir qu'ont à la fois les professionnels de la santé et les patients d'obtenir un effet immédiat, constituent une partie du problème. Si l'on ajoute à cela la sous-estimation générale de la réponse des patients aux médicaments, ou l'incapacité de prédire cette réponse en raison de son importante variabilité, tous les éléments sont réunis pour entraîner une grande partie de la population vers la surdose involontaire de médicaments.

Avant qu'un médicament soit approuvé, les entreprises pharmaceutiques doivent démontrer que celui-ci a un « effet ». Les importantes contraintes réglementaires et financières dans le processus de découverte et d'approbation des médicaments obligent pour ainsi dire les chercheurs à utiliser aux fins de leurs études des doses susceptibles de générer une réponse chez la plupart des patients. De surcroît, les premières études sont habituellement menées auprès de personnes qui sont plutôt en bonne santé et qui risquent donc moins que d'autres de mal réagir à ces médicaments.

Comme le déclarait en 1991 Lewis Sheiner, le gourou de la pharmacologie clinique aujourd’hui décédé, « la dose étudiée est presque à coup sûr une dose excessive ».

Une fois terminées les études préliminaires, la réglementation exige que la dose initiale du médicament mis en marché corresponde aux doses étudiées. Cette dose est celle que prescriront la plupart des professionnels de la santé, car elle aura été recommandée dans la monographie du produit.

Rarement mène-t-on des études pour déterminer le plus faible dosage efficace et, le cas échéant, il faut attendre très longtemps après la mise en marché du médicament.

Il n’existe pas de conspiration entre l’industrie pharmaceutique, les organismes de réglementation et les professionnels de la santé pour inciter les patients à consommer des doses excessives de médicaments. Il s’agit plutôt d’un problème systémique, soit le résultat d’une série d’événements conduisant invariablement à recommander au bout du compte, pour la majorité des médicaments, un dosage initial trop élevé — une tendance sur laquelle mes collègues et moi avons attiré l’attention dans un article publié l’an dernier par le Canadian Medical Association Journal (janvier 2011).

Plusieurs études, effectuées bien après qu’un médicament a été approuvé, mis en marché et largement prescrit, ont révélé que les doses recommandées à l’origine sont plus élevées que nécessaire chez de nombreux patients. Parmi une quantité d’exemples, mentionnons les études récentes qui ont porté sur le dosage du sildénafil pour le traitement de la dysfonction

érectile, celui du bupropion comme aide au sevrage tabagique, de la ranitidine pour réduire les brûlures d’estomac, de la colchicine pour la goutte, de la fluoxétine pour la dépression, du fer pour l’anémie, de nombreux antihypertenseurs, de contraceptifs oraux, des œstrogènes pour les symptômes de la ménopause, ainsi que des stéroïdes par inhalation pour l’asthme.

Dans certains cas, aussi peu que le quart ou le huitième du dosage recommandé à l’origine se révèle sinon aussi efficace, du moins la source d’un bénéfice important, avec moins d’effets secondaires.

L’inverse n’est presque jamais observé : il est très rare que l’on recommande d’augmenter les doses d’un médicament déjà commercialisé.

Dès lors, quelle est la solution?

Nous pourrions, et devrions, hausser le niveau des évaluations des médicaments après leur commercialisation, dans l’optique d’établir la plus faible dose efficace. Quoique très importante, cette mesure demeurera une solution *a posteriori* et ne réglera qu’une partie du problème.

Dans un avenir prévisible, nous en serons toujours devant le fait que les doses de médicaments recommandées dépasseront souvent les besoins chez un bon nombre de patients.

Comment savoir quelle est la dose qui vous convient le mieux?

À vrai dire, peu importe le système d'approbation en place et le nombre d'études menées avant ou après la commercialisation du médicament qui vous est prescrit, personne ne sera en mesure de prévoir la dose exacte et l'intervalle de dosage qu'il vous faudra personnellement. Vous seul, avec l'aide de votre dispensateur de soins médicaux, pourrez discerner quel sera, pour vous, le bon dosage.

Dès lors que vous êtes sous médication, sachez que s'amorce une démarche visant à établir, par la pratique, quelle sera la dose appropriée dans votre cas.

À moins que vous ne soyez dans un état grave, que votre vie soit immédiatement en danger ou qu'un médicament doive impérativement produire un effet dès la première dose, commencez, sous la supervision d'un dispensateur de soins médicaux, par vous en tenir à une très faible dose (la moitié ou le quart de la dose commercialisée). Ensuite, vous pourrez lentement augmenter le dosage jusqu'à atteindre ce qui sera, pour vous, la « bonne » dose. Cette approche simple, source possible d'économies, ne peut que conduire à une réduction des risques d'effets secondaires, atténuer les problèmes d'interactions médicamenteuses et, surtout, redonner à la personne qui prend le médicament la maîtrise du traitement qu'elle reçoit.

*James McCormack est conseiller expert associé au réseau EvidenceNetwork.ca et professeur à la Faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver.*

*Une version de ce commentaire est parue dans La Presse et Le Huffington Post Québec.*

**juillet 2012**

# More healthcare does not mean better health

## Balance between healthcare spending and social supports crucial

ROBERT BROWN



We have experienced remarkable improvements in life expectancy over the past 100 years. Reasons for this include: sanitary drinking water, pasteurized milk, safe sewage disposal, work safety, higher standards of living, better education and cures for, or immunization against, many communicable diseases (e.g., small pox, diphtheria).

Readers may question why universal healthcare is not on this list. In fact, while universal healthcare would be on a longer list of reasons, research indicates that our healthcare system is not as important as any of the top seven reasons listed.

It has been estimated that at least three quarters of the increases in life expectancy in the developed nations over the past 100 years has been due to increased prosperity and improved nutrition, housing, sanitation and work safety.

In fact, how much a society spends on healthcare has not been found to be directly related to any health outcome tested. For example, at 17 per cent of GDP, the United States spends more (by far) on healthcare than any other country in the world. And yet, its life expectancy and infant mortality rates (two common measures of population health) are only just average compared to other developed nations.

So, if healthcare is not the primary determinant of population health, what is?

There is a huge body of research that shows a strong correlation between income and life expectancy. The effect of

income appears to be stronger than many other variables that affect life expectancy such as race and education level.

It has been known for some time that the better off people are in terms of income, social status, social networks, sense of control over their lives, self-esteem and education, the healthier they are. Higher incomes are related to better health not only because wealthier people can buy adequate food, clothing, shelter and other necessities, but also because wealthier people have more choices and control over decisions in their lives. This sense of overall security is intrinsic to good health. Thus, security of income is just as important as the income level itself.

The counter argument that poor health causes low economic status does not explain the results. If we look at sub-groups of workers by income level we find that those with lower levels of income have measurably higher mortality rates over the course of the study, even if one only considers the workers whose incomes rose over the same period.

There is also a strong correlation between the degree to which national income is equitably distributed and the health status of the population. In other words, if a country wants to see significant improvements in its population health, the best public policy is to eliminate poverty.

This background is extremely important today as we head into an era when many social programs (including Old Age Security) will be competing with healthcare delivery for

limited tax resources. An appropriate balance between healthcare spending and social support spending is crucial.

A society that spends so much on healthcare that it cannot or will not spend adequately on other health-enhancing activities may actually be reducing the health of its population.

There is a threshold for useful spending on traditional healthcare delivery. Beyond that threshold, overall population health may actually suffer not only because the care itself has marginal or dubious benefit, but also because less money is available to support health enhancing activities in the general social and economic policy spheres, such as in early childhood development or income security.

One poses a very real question if one asks if it is beneficial to population health to decrease one's social security income base by, for example, raising the age of eligibility for OAS from age 65 to 67, if the reason is to find ever more money to fund traditional healthcare delivery.

Surprisingly, the end result could be a decrease in the overall health of our population.

*Rob Brown was Professor of Actuarial Science at the University of Waterloo for 39 years and a past President of the Canadian Institute of Actuaries. He is currently an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Winnipeg Free Press, Globe and Mail and the Huffington Post*

**September 2012**

# Health is More Than Healthcare

## SECTION 1

# How our health system is failing our children

LEE FORD JONES



In the last quarter century there's been an explosion in our understanding of child development. Unfortunately, all that new knowledge hasn't translated into improved child health. The fact is, far too many of our children are not doing well — not at all well.

I never dreamed that after 35 years in medicine I would now find so many children in worse shape than when I started.

Three years ago, I was asked to set up a Social Paediatrics program at The Hospital for Sick Children (SickKids) in Toronto. Social paediatrics recognizes that poverty places children at high risk for current and future health problems.

And so we send our medical residents out on public transit to make home visits and provide care at local clinics in parts of the city — both suburban and downtown — where parents struggle and children are disadvantaged.

The experience is transformative. One young doctor had to examine a sick child in a dim apartment because the electricity had been cut off. She said she'd never again do an assessment or write a prescription without wondering if paying for the antibiotic might mean no food on the table.

Because we recognize the problems that some parents face, we have a free legal clinic at SickKids. For more than two years, lawyers who offer their expertise to the Family Legal Health Program have been helping parents with a wide range of issues — from family and immigration law, to housing and employment problems.

Canadian scientists have played and continue to play a leading role in research into early brain development, the interplay between genetics and the environment, and the long-term health consequences of early childhood experiences.

But in all the excitement of these findings, I believe many of us have lost sight of what's happening to the children in our communities. We haven't acted on what we know. Perhaps most disturbingly, the gap between rich and poor is growing in Canada and one child in 10 is living in poverty.

In my role at SickKids, I've been on home visits to apartment towers where, quite frankly, I have to ask, how can we expect parents to raise healthy children in the face of next-door drug dealers, constant police sirens and bed bugs?

Certainly we've made progress in some areas. If children have access to medical care, they no longer have to be hospitalized for croup or other vaccine-preventable diseases.

But our children have new health problems and Canadian children rank embarrassingly poorly in international comparisons for many key indexes.

Recent United Nations reports place Canada 22nd among 31 Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries for infant mortality rates, and right next to the bottom of the heap of OECD countries for our high rates of childhood obesity. This is especially disturbing because children who are overweight or obese face increased health risks including diabetes and hypertension.

Those UN reports rank the situation of all Canadian children; it's obvious that children living in poverty face additional obstacles. Parents may have difficulty affording healthy foods or organized recreational activities for their children; many face challenges paying for the medicine and equipment to keep conditions such as diabetes or asthma under control.

Poor housing exacerbates asthma and parents who are financially strapped often can only afford to give their kids symptom relievers for asthma, and these are not medications which should be used regularly. Their children often end up in the emergency ward.

Attention disorders among children are rising at a disturbing rate and far too many children are simply not getting enough sleep for healthy child development.

At SickKids, many parents fail to bring their children for follow-up appointments at day-time clinics because they work irregular hours or jeopardize their jobs if they have to take time off.

Meanwhile, in the evening, large numbers of parents camp out overnight in the emergency department. They've brought their children in for medical attention, but because they can't afford cars or taxis, they're waiting for the 6 a.m. start of the subway to carry them many miles back to their homes.

The health and well-being of Canadian children growing up in poverty has to become a priority and healthcare has to move back out into the community.

We can't turn back the clock, but it is time to reintroduce some of the common-sense preventive health programs that used to be standard in many Canadian schools — dentists to screen for children with dental problems, vision screening and regular nurse visits in public schools.

Of course, restoring these health initiatives can't remedy poor living conditions or close the income gap, but here are some examples of what can be done.

A joint public/private initiative at inner city Toronto schools, where poverty rates are high, provided vision tests to 16,000 children last year. About 2,000 were found to need glasses, which were provided at no charge. Hearing tests are also being introduced in schools through this program.

At least two Toronto public schools have set up their own medical clinic, staffed by a nurse practitioner, so that children can be seen onsite. This spares parents, many of whom are new to Canada and face language and financial barriers, a confusing and often long trip to the hospital. At other schools, visiting nurses work in coordination with local health services.

To be fair, various levels of government across Canada have been taking some important steps to improve the lives of children, and there are some inspiring stories out there.

But disturbing questions linger. Why, when Canadian researchers have been so instrumental in developing the scientific evidence of the importance of early childhood

development, have we not developed comprehensive initiatives to improve the well-being of our children?

Why do we continue to ignore the major problems faced by children growing up in poverty?

*Dr. Elizabeth Lee Ford-Jones is a Paediatrician specializing in social paediatrics and Project Investigator at SickKids and Professor in the Department of Paediatrics at the University of Toronto. She is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*The above represent the opinions of Dr. Lee Ford-Jones and not necessarily the official positions of either The Hospital for Sick Children or the University of Toronto.*

*A version of this commentary appeared in the Toronto Star, Times Colonist and the Huffington Post.*

**August 2011**

# Child maltreatment rates not falling, new study finds

*Canada has one of the highest rates of children in care in the world*

MARNI BROWNELL



We know that child maltreatment, which includes both abuse and neglect, poses a significant threat to healthy child development. So it is not surprising that over the past few decades, tolerance for child maltreatment has decreased dramatically, and governments have developed numerous policy initiatives to improve recognition, intervention and prevention of child abuse and neglect.

Unfortunately, a new **study** on the impact of these measures, published recently in the *Lancet* by my colleagues and myself, is not encouraging: examining information from six different countries, including Canada, we found that despite concerted government intervention, there has been no real reduction in child maltreatment.

## Alarming rates of foster care in Canada

One of the indicators of child maltreatment examined in the study was involvement with child protection agencies.

The six countries examined — Sweden, the UK, Australia, New Zealand, Canada (represented by information from Manitoba) and the U.S. — vary in their approaches to child protection, with Sweden taking a child and family wellbeing approach, providing intensive home support.

At the other end of the child protection spectrum lie the U.S. and Canada, taking the child safety approach, where agencies are required to assess and often remove a child from at-risk situations.

Our recent *Lancet* study looked at rates of out-of-home (foster) care. According to information from the Centres of Excellence for Children's Well-Being (CECW), there were 67,000 children in out-of-home care in Canada on one day in 2007, which translates into one of the highest rates in the world.

Our *Lancet* study confirms this: Manitoba's rate of out-of-home care for children under 11 years of age was ten times higher than that of Western Australia's, which, like Sweden, favours a child and family welfare approach.

### **Disproportionate numbers of Aboriginal children in care**

Varying definitions of out-of-home care (for example, whether kinship care is included), make it difficult to accurately compare rates across provinces. However, Manitoba is on the upper end of the Canadian range.

Manitoba Family Services reported that on March 31, 2010, there were 9120 children in care in the province, which works out to over three per cent of children 17 and under. By the age of seven years, 7.5 per cent of all Manitoba children have been placed in out-of-home care.

But not all Manitoba children are equally likely to be placed in care.

Of those 9120 children, fully 87 per cent were aboriginal (this despite the fact that only about a quarter of all children in Manitoba are aboriginal).

So are we treating aboriginal families facing child-rearing challenges differently than other Manitoba families facing similar challenges? And more importantly, is out-of-home care the most effective way of protecting the child and ensuring healthy child development?

In the current climate of evidence-based policy, it may be surprising to learn that there are no controlled trials comparing out-of-home care with intensive home support. So thousands of Canadian children (in Manitoba's case, mostly aboriginal children) are part of a policy which may or may not be effective. Sound familiar?

In June 2008, Prime Minister Harper apologized on behalf of the government of Canada to former residents of native residential schools, acknowledging that the policy of sending aboriginal children away from their families was wrong and had 'a lasting and damaging impact.'

Will Canadians be apologizing to aboriginal people for our current child protection policies years, or decades, from now?

So what is the answer? If children are exposed to abuse, neglect or family violence — what is the best course of action? Does removing infants and children from homes where their safety and security is in question improve their prospects for the future?

Or does that separation from parents and family lead to subsequent problems for the child? We really don't know the answers to these questions.

We do know that established risk factors for child maltreatment — poverty, lone parenthood, parental addictions, domestic violence and parental mental health problems — are higher in some aboriginal communities, a legacy of the residential school system and the historical context of colonization and cultural devaluation.

We also know that countries, such as Sweden, that have made concerted efforts through programs and policies to reduce child poverty and family violence have made remarkable progress.

Rather than continuing to remove children from families facing challenges — with little evidence that this results in better outcomes for the children, isn't it time we started doing things differently?

Can't we find ways to protect and nurture children in these families, while at the same time supporting and empowering their families and communities, in order to establish a cycle of healthy child development?

*Marni Brownell is a Senior Research Scientist with the Manitoba Centre for Health Policy (MCHP) and Associate Professor in the Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of*

*Manitoba. She is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in iPolitics.ca and Troy Media.*

**December 2011**

# Certainty of punishment is best crime deterrent

*Evidence shows that certainty of punishment more effective than tougher sentences*

RICK LINDEN



The Harper government is committed to spending billions of dollars on prisons in order to crack down on crime. Those who oppose this approach are called soft on crime and accused of not standing up for victims, and the ensuing debate typically falls along party lines. However, partisan politics aside, evidence shows that a prison-focused approach will do little to either reduce the number of victims or to help them deal with the consequences of their victimization. But there are measures that are effective — and positive examples we can follow.

Many criminologists would agree that the Conservatives have some things right.

First, Canada does have too much crime. Far too many Canadians are victimized and the Department of Justice has recently estimated that the annual cost of crime is \$100 billion.

Second, victims are not well-treated in Canada. Little is spent on victims and there have only been marginal improvements in this over the last several years, no matter the party in power. Despite their rhetoric, the Conservatives are investing only token amounts in actually improving services for victims.

Cracking down on crime through increasing penalties and implementing mandatory minimum sentences does little or nothing to reduce crime or make Canada safer.

Economists Steven Durlauf and Daniel Nagin recently reviewed dozens of studies on the deterrent effects of

imprisonment and concluded that increases in sentencing severity and mandatory minimum sentences have little or no impact on crime. This is likely because the vast majority of offences do not result in conviction or imprisonment and the remote chance of receiving a very harsh sentence does not stop offenders from committing crimes.

If more prisons isn't the answer, what can the government do to reduce crime?

We know that certainty of punishment is much more important than severity so criminal justice resources should focus on increasing the certainty of punishment rather than on expanding prisons.

The best way of increasing certainty is to use a targeted deterrence strategy directed at high-rate offenders. Serious offenders are told they will be getting special attention and that there will be zero tolerance for breaking the law. Teams of police and probation and parole officers are assigned to ensure that these promises are kept. Offenders are also given extensive support if they choose to leave their criminal lifestyles.

The Winnipeg Auto Theft Suppression Strategy is an example of a targeted deterrence program. In 2006, Winnipeg's auto theft rate was about 80 per cent higher than the next highest Canadian or U.S. city. One in every five crimes in Winnipeg was an auto theft.

An interagency team identified over 100 high rate offenders and told them they would receive curfew checks every three hours and that violations would result in charges. The program also included a mandatory vehicle immobilizer program, enhanced social programming for high-risk youth, and community-based programs for other at-risk young people.

Since 2006, auto theft rates have dropped by 83 per cent and Winnipeg has 11,000 fewer crimes each year. The \$50 million cost of the program was quickly repaid, and Winnipeg motorists now save over \$30 million a year in their insurance premiums.

An earlier targeted deterrence program reduced gang homicides in Boston by 63 per cent. After successfully duplicating this program in several other cities, the U.S. government decided to invest billions of dollars supporting similar programs across the country as part of Project Safe Neighborhoods.

In contrast, the Canadian government tackled gang shootings in 2006 by legislating mandatory minimum five-year sentences for gun crimes. In the three years following this legislation, gang homicides and handgun homicides actually increased before declining in 2010.

These very dramatic crime reductions in Winnipeg and Boston required no new laws and resulted in fewer people in prison. Thus it is possible to simultaneously reduce both crime and imprisonment.

If sanctions are certain, they need not be severe to cut crime. The evidence shows that we can have both less crime and fewer people in jail which would help cut government spending.

Rather than wasting billions on new prisons, Canadians should invest this money in increasing the certainty of arrest for high-risk offenders, expanding proven social development programs to reduce potential offenders, and providing real support to victims of crime. If Canadians want to declare war on crime, we should at least use modern weapons.

*Rick Linden teaches criminology at the University of Manitoba, and is an Expert Advisor with EvidenceNetwork.ca. He is also the co-chair of Manitoba's Auto Theft Task Force and serves on the Management Committee of Winnipeg's Gang Response and Suppression Program.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Sun, Guelph Mercury, the Winnipeg Free Press and the Toronto Star.*

**December 2011**

# Les données indiquent que la certitude de la sanction se révélerait plus efficace que des peines plus sévères

RICK LINDEN



Le gouvernement Harper s'est engagé à investir des milliards de dollars dans les prisons de manière à lutter contre le crime. On a accusé ceux qui s'opposent à cette mesure de faire preuve de laxisme en matière de criminalité et de ne pas prendre la défense des victimes. Dans le débat qui a suivi, les différentes opinions exprimées correspondaient aux lignes de parti. Toutefois, abstraction faite de la partisannerie politique, les données révèlent qu'une démarche axée sur la prison réduira très peu le nombre de victimes ou n'aidera guère celles-ci à faire face aux conséquences de la victimisation. Malgré cela, il y a des mesures qui se révèlent efficaces, et des exemples positifs que nous pouvons suivre.

Plusieurs criminologues s'entendent pour dire que les conservateurs ont bien agi à certains égards.

Premièrement, il a trop de crimes commis au Canada. Une proportion beaucoup trop élevée de Canadiens sont victimes d'actes criminels et le ministère de la Justice a estimé récemment que le coût de la criminalité s'élevait à 100 milliards de dollars chaque année.

Deuxièmement, les victimes ne sont pas bien traitées au Canada. Peu de sommes d'argent sont consacrées aux victimes et on a noté qu'il n'y a eu que quelques améliorations négligeables au cours de ces dernières années, et ce, peu importe le parti au pouvoir. Malgré leurs belles paroles, les conservateurs n'ont investi que des sommes symboliques dans l'amélioration des services offerts aux victimes.

Le fait d'alourdir les peines et d'instaurer des peines minimales obligatoires pour contrer la criminalité se révèle peu efficace, voire pas du tout, pour réduire les actes criminels et assurer la sécurité au Canada.

Les économistes Steven Durlauf et Daniel Nagin ont récemment passé en revue une douzaine d'études portant sur les effets dissuasifs de l'emprisonnement et ont conclu que l'alourdissement des peines et l'imposition de peines minimales obligatoires ont peu ou pas d'incidence sur la criminalité. Cela s'explique sans doute par le fait que la grande majorité des infractions n'aboutissent pas à une condamnation ou à un emprisonnement, et la faible probabilité de se voir infliger une peine très sévère n'empêche pas les contrevenants de commettre des actes criminels.

Si la réponse ne réside pas dans l'ajout de prisons, que peut faire le gouvernement pour réduire la criminalité?

Nous savons que la certitude de la sanction s'avère beaucoup plus importante que sa sévérité. Par conséquent, les ressources juridiques devraient veiller à accroître la certitude de la sanction plutôt qu'à agrandir les prisons.

La meilleure façon d'y parvenir consiste à employer à l'endroit des récidivistes une stratégie dissuasive ciblée. On informe les criminels notoires qu'ils feront l'objet d'une attention spéciale et qu'aucune infraction à la loi ne sera tolérée (tolérance zéro). Des équipes de policiers, d'agents de probation et d'agents de libération correctionnelle ont la responsabilité de veiller à ce que ces promesses soient tenues. Les contrevenants reçoivent

tout l'appui nécessaire s'ils choisissent d'abandonner leurs activités criminelles.

La Stratégie d'élimination des vols de véhicules à Winnipeg est un exemple de programme dissuasif ciblé. En 2006, le taux de vol de véhicules de Winnipeg était d'environ 80 p. 100 supérieur au taux le plus élevé d'une ville canadienne ou américaine. À Winnipeg, le vol de véhicules représentait un crime sur cinq.

Une équipe interinstitutionnelle a identifié plus de 100 criminels notoires et les a informés qu'ils seraient soumis à des vérifications de couvre-feux toutes les trois heures et que toute infraction aboutirait à une inculpation. La stratégie reposait également sur un programme d'aide à l'installation obligatoire d'un dispositif antidémarrage pour les véhicules, des programmes sociaux améliorés pour les jeunes à risque élevé et des programmes communautaires pour les autres jeunes à risque.

Depuis 2006, les taux de vols de véhicules ont chuté de 83 p. 100 et Winnipeg compte 11 000 actes criminels de moins chaque année. La somme de 50 millions de dollars qui a été investie pour mettre en place la stratégie a été rapidement amortie et chaque année, les automobilistes de Winnipeg épargnent plus de 30 millions de dollars en primes d'assurance.

Un autre programme dissuasif ciblé a permis de réduire de 63 p. 100 les homicides liés aux gangs à Boston. Après avoir réussi à reproduire ce programme dans plusieurs autres villes,

le gouvernement américain a décidé d'investir des milliards de dollars pour financer des programmes semblables un peu partout dans le pays dans le cadre du Project Safe Neighborhoods [projet quartiers sûrs].

À l'inverse, le gouvernement canadien s'est attaqué aux fusillades entre gangs en 2006 en imposant par voie législative des peines minimales obligatoires de cinq ans pour les crimes commis à l'aide d'armes à feu. Dans les trois années qui ont suivi l'adoption de cette disposition législative, le nombre d'homicides liés aux gangs et d'homicides commis avec une arme de poing a en fait augmenté avant de diminuer en 2010.

Ces remarquables baisses d'actes criminels à Winnipeg et à Boston se sont produites sans l'adoption d'une nouvelle loi ou l'incarcération d'un plus grand nombre de personnes. Il est donc possible de réduire simultanément les actes criminels et l'emprisonnement.

Lorsque la certitude des sanctions existe, il ne faut pas obligatoirement que celles-ci soient sévères pour réduire le nombre d'actes criminels. Les données indiquent qu'il est possible d'observer moins d'actes criminels et d'incarcérer moins de gens, ce qui aiderait à réduire les dépenses du gouvernement.

Plutôt que de gaspiller des milliards à construire de nouvelles prisons, les Canadiens devraient investir cet argent de manière à accroître la certitude d'une arrestation pour les récidivistes, à élargir les programmes éprouvés de

développement social en vue de réduire le nombre de contrevenants potentiels et à soutenir vraiment les victimes d'actes criminels. Si les Canadiens tiennent à déclarer la guerre au crime, nous devrions au moins utiliser des armes modernes.

*Rick Linden enseigne la criminologie à l'Université du Manitoba et agit comme expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Il est également coprésident du groupe d'intervention du Manitoba contre les vols d'automobiles et siège au comité de gestion du Gang Response and Suppression Program [programme d'intervention et de prévention des gangs] de Winnipeg.*

*Une version de ce commentaire est parue dans Le Soleil et IRIS.*

**décembre 2011**

## SECTION 5

# Canada's students rank among the best in the world in academic performance

*Let's make sure we stay there*

BEN LEVIN



Many Canadian were very surprised a decade ago when a major international study found that Canadian students ranked among the best in the world in academic performance at age 15. Since then, three further rounds of the Programme for International Student Assessment (PISA), conducted by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), have produced the same finding.

Canadian students perform about as well as the best in the world. Moreover, Canada has one of the smaller gaps between best and worst achieving students, though the gap is still considerable.

In the 65 countries reporting PISA results in 2010, only four had significantly higher levels of achievement, and only two high achieving countries had significantly less inequity in student outcomes.

Canada is also one of only a very few countries where the achievement of immigrant young people is equal to that of those born here; in most countries, immigrant students do much less well.

In comparison with the United States, Canadian 15 year olds are more than a year ahead, with most of that difference because our lower performing students are better than American low performing students.

This is an outstanding achievement that should make all Canadians proud.

Not only is it good for our young people's education, it is an important contribution to social cohesion in the country. We know that good educational outcomes are associated with good life outcomes — longevity, health, income, social participation, and so on. So less inequality in education will support better national outcomes in all these vital areas.

The picture is not all positive, though. Our education system is not perfect (could it ever be?). As has been much reported recently (and for many years), Aboriginal young people lag behind their peers, and so do some other groups, such as Afro-Canadian students and young people with disabilities. Canada still has too many students who do not complete high school in a timely way. So there is much work to do even though the overall picture is good.

What has Canada done to produce these good results? And what could we do to maintain them, or even, to improve? In a complex system like education one cannot be definitive about what causes what, but there are good reasons to think that there are two main reasons for our outstanding performance.

The first lies within schools. Compared to many other countries, Canadian schools have some advantages. We have skilled and motivated teachers. We do not force students to pick a destination at an early age. We have funding systems that provide more resources to needier schools and modest levels of private schooling, meaning there is broad public support for public schools. Our two level governance system for education works in our favour, with districts and provinces

balancing each other, but with an emphasis on quality of the whole system, and not just a few schools.

The result is a system much more focused on all schools being good and less tolerant of extremes, and that focus, much more than choice or competition, is what leads, internationally, to high performance.

However education achievement is not a matter only of what schools do. Schools are deeply affected by wider social forces. In every study, poverty continues to be the biggest single predictor of education and other life outcomes.

When jobs are scarce, or pay badly, or have no benefits, or housing is poor, or healthcare is not accessible, school outcomes are affected. It is very difficult for a country to have a high level of economic inequality and also have a highly effective and equitable school system.

What does this mean for Canada and our efforts to continue to have a strong and more equal school system?

First, we need to continue to focus on building a system that pays attention to quality and equity in every school, not just in some. We should avoid divisive ideas such as charter schools or more competition among schools, since around the world these have not led to better overall performance. We should preserve funding formulas that give more resources where needed, and policies that attract and retain good teachers.

At the same time, attention is needed to out of school factors – good early childhood supports, prenatal and postnatal care, decent housing, jobs and benefits, and all the other things that allow parents to look after their children adequately. Without these, schools face an uphill battle, and the fact that they are sometimes successful should not blind us to the challenges.

Some of the ideas getting the most attention today in education policy, such as charter schools, merit pay for teachers, and ‘turning around’ failing schools cannot by themselves produce system improvement because they are not a system strategy. The essential task is to commit to making every school a good one, and having every school improving, so that all children have a real chance for a good education.

*Ben Levin is an expert advisor at EvidenceNetwork.ca, and a Professor and Canada Research Chair in Education Leadership and Policy at the Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto.*

*A version of this commentary appeared in the Hill Times, Cape Breton Post and the Red Deer Express.*

**February 2012**

## SECTION 6

# Les élèves canadiens se classent parmi les meilleurs du monde sur le plan du rendement scolaire

*Faisons en sorte de maintenir ces résultats*

BEN LEVIN



Plusieurs Canadiens ont été fort surpris, il y a dix ans, lorsqu'une étude internationale a révélé qu'à l'âge de 15 ans, les élèves du Canada se classaient parmi les meilleurs du monde sur le plan du rendement scolaire. Depuis ce temps, trois autres séries d'évaluation du Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA) qu'a réalisées l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont abouti à la même constatation.

Les élèves canadiens obtiennent presque d'aussi bons résultats que les meilleurs du monde. De plus, on observe au Canada l'un des plus petits écarts entre les élèves affichant le meilleur rendement et ceux dont le rendement est le plus faible, quoique cet écart demeure toujours considérable.

Parmi les résultats provenant de 65 pays que le PISA a présentés en 2010, il n'y avait que quatre d'entre eux qui avaient des taux de rendement plus élevés et on notait que seulement deux pays très performants affichaient une inégalité moins marquée quant aux notes des élèves.

Le Canada est également l'un des rares pays où le rendement des jeunes immigrants est équivalent à ceux qui y sont nés; dans la plupart des pays, les élèves immigrants obtiennent de moins bons résultats.

Par rapport aux États-Unis, les jeunes canadiens de 15 ans ont plus d'un an d'avance; la différence s'explique en grande partie par le fait que nos élèves les moins performants obtiennent de meilleurs résultats que les élèves américains dont le rendement est plus faible.

Il s'agit là d'une réalisation exceptionnelle qui devrait faire la fierté de tous les Canadiens.

L'éducation des jeunes n'est pas la seule à en bénéficier, cela constitue une contribution importante à la cohésion sociale du pays. Nous savons que de bons résultats scolaires sont associés à une bonne qualité de vie, c'est-à-dire : la longévité, la santé, le revenu, la participation sociale et ainsi de suite. Une inégalité moins prononcée en éducation favorisera l'obtention de meilleurs résultats à l'échelle nationale dans ces secteurs vitaux.

Mais la partie n'est pas tout à fait gagnée. Notre système d'éducation n'est pas parfait (le sera-t-il un jour?). Comme on l'a fréquemment signalé ces derniers temps (et depuis de nombreuses années), les jeunes Autochtones de même que certains autres groupes, notamment les élèves afro-canadiens et les jeunes ayant des limitations fonctionnelles, ont pris du retard comparativement à leurs pairs. Il y a encore trop jeunes au Canada qui ne terminent pas leurs études secondaires en temps voulu. Il reste encore beaucoup de travail à accomplir même si la situation dans son ensemble est bonne.

Qu'a fait le Canada pour obtenir ces bons résultats? Et que pourrions-nous faire pour les maintenir ou même les améliorer? Dans un système complexe comme l'éducation, on ne peut définir de façon exacte les liens de causalité, mais il y a de bonnes raisons de croire que notre rendement exceptionnel repose principalement sur deux facteurs.

Le premier se trouve dans les écoles. Comparativement à plusieurs autres pays, les écoles canadiennes comportent certains avantages. Nous embauchons des enseignants compétents et motivés. Nous n'obligeons pas les élèves à choisir une voie à un âge précoce. Nous disposons de systèmes de financement fournissant davantage de ressources aux écoles dans le besoin et nous comptons un nombre modeste d'écoles privées, ce qui signifie que les écoles publiques ont droit à un important soutien financier. En matière d'éducation, notre système de gouvernance à deux niveaux joue en notre faveur. Les districts et les provinces s'équilibrent en accordant une grande importance à la qualité du système en entier plutôt qu'en se limitant à celle de quelques écoles.

Il en résulte un système qui est centré davantage sur l'excellence de toutes les écoles et qui tolère moins les extrêmes. Cette orientation, plutôt que le choix ou la concurrence, constitue le facteur qui mène à un rendement supérieur à l'échelle internationale.

Toutefois, la réussite scolaire ne se résume pas seulement à ce que font les écoles. Celles-ci subissent l'influence de plus grandes forces sociales. Dans toutes les études, la pauvreté demeure le facteur prédictif le plus important en ce qui concerne les résultats scolaires et la qualité de vie.

Lorsque les emplois se font rares, sont peu rémunérateurs ou n'offrent aucun avantage social ou lorsque les conditions de logement sont médiocres ou les soins de santé ne sont pas

accessibles, les résultats scolaires en souffrent. Il est très difficile pour un pays qui présente un taux élevé d'inégalité économique de maintenir également un système scolaire hautement efficace et équitable.

Quelles sont les implications quant au Canada et à nos efforts pour conserver un système scolaire solide et plus égalitaire?

Nous devons d'abord continuer à axer nos efforts sur la mise en place d'un système qui porte attention à la qualité et à l'équité dans toutes les écoles et non juste dans quelques-unes. Nous devrions éviter de diviser les idées, notamment en instaurant des écoles à charte ou en suscitant plus de concurrence entre les écoles, puisque partout dans le monde, ce type d'initiatives n'a pas abouti à un meilleur rendement en général. Nous devrions préserver les formules de financement qui permettent d'obtenir au besoin plus de ressources et les politiques qui donnent les moyens d'attirer et de garder les bons enseignants.

En même temps, il faut prêter attention aux facteurs hors de l'école, à savoir un soutien de départ aux tout-petits, des soins prénataux et postnataux, de bonnes conditions de logement, des emplois et des avantages sociaux décents ainsi que toutes les autres éléments qui permettent aux parents de s'occuper de leurs enfants adéquatement. En l'absence de telles mesures, les écoles doivent s'acquitter d'une tâche ardue et le fait qu'elles remportent parfois des succès ne devrait pas nous empêcher de voir les défis.

Certaines des idées qui retiennent le plus d'attention aujourd'hui concernant les politiques en matière d'éducation, notamment les écoles à charte, la rémunération au mérite pour les enseignants et la « remise sur pied » des écoles peu performantes, ne peuvent constituer en elles-mêmes une amélioration du système puisqu'il ne s'agit pas là d'une stratégie systématique. La tâche essentielle consiste à s'engager à faire de chaque école une institution de qualité et qui s'améliore constamment, de sorte que tous les enfants aient de réelles possibilités d'accéder à une bonne éducation.

*Ben Levin est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca ainsi que professeur et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le leadership et les politiques en éducation de l'Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, à l'Université de Toronto.*

**février 2012**

# Kids in care need more, and earlier, education supports

*Manitoba has one of the highest rates of children in care in the world*

MARNI BROWNELL



The University of Winnipeg and the Government of Manitoba recently announced that they would be “removing hurdles to help children and youth in care achieve their full potential.” As part of a pilot project, the University will waive tuition fees for children who have been in care and the province will pay for additional living expenses, including room, board and textbooks while they are attending university, up to 21 years of age.

This is a huge hurdle removed for these youths and the University of Winnipeg should be commended for spearheading this important initiative.

Currently, fewer than five per cent of children in care go on to pursue post-secondary education. This statistic should shock, but not surprise us.

For some time research has indicated that there is a critical time period after a youth in care turns 18 years of age — a ‘transition out’ of the care system that is anything but smooth. With few, if any, supports to help them, many end up on welfare or homeless. This pilot project will help the youths selected transition to university life and bring them one step closer to fulfilling their potential.

The problem is, the hurdle to attend university comes near the end of the race. In order to take advantage of this new pilot project, these kids will have to pass other major hurdles, not least of which is making it through high school.

Research from the Manitoba Centre for Health Policy shows that over 70 per cent of kids who spend time in care do not make it through high school within six years of entering. In fact, the majority of these kids are struggling at the start of high school. If you go back to the start of school, twice as many kids in care are considered ‘not ready’ or vulnerable in one or more areas of child development at kindergarten compared to kids not in care.

So the new pilot project, while admirable, raises many important questions. Are we doing enough for children in care to support them in high school, so that they can take advantage of the generous offer of a university education? And are we doing enough to support them earlier in school — even prior to school entry — to ensure that they will make it through the education system?

But, perhaps the most important question of all is: Why are there so many Manitoba kids in care in the first place?

A [study](#) published last month in the *Lancet* by my colleagues and myself, highlights that the rate of children in care in Manitoba is among the highest in the world. On March 31, 2010, there were 9120 children in care in the province. Our study found that almost three per cent of children in Manitoba spend some time in care in their first year of life. Compare that to less than one per cent in England, New Zealand and the U.S., and less than half a per cent in Sweden and Western Australia.

Not all Manitoba children are equally likely to be placed in care. Of those 9120 children, fully 87 per cent were aboriginal (this despite the fact that only about a quarter of all children in Manitoba are aboriginal).

We do know that established risk factors for child maltreatment — poverty, lone parenthood, parental addictions, domestic violence and parental mental health problems — are higher in some aboriginal communities, a legacy of the residential school system and the historical context of colonization and cultural devaluation.

We also know that countries, such as Sweden, that have made concerted efforts through programs and policies to reduce child poverty and family violence have made remarkable progress.

Rather than continuing to remove children from families facing challenges — with little evidence that this results in better outcomes for the children — isn’t it time we started doing things differently?

We need to find ways to protect and nurture children in these families, while at the same time supporting and empowering their families and communities, in order to establish a cycle of healthy child development.

We need to begin removing hurdles right from the start.

*Marni Brownell is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, and a Senior Research Scientist with*

*the Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)  
and Associate Professor in the Department of Community  
Health Sciences, Faculty of Medicine, University of  
Manitoba.*

*A version of this commentary appeared in the Winnipeg Free  
Press and Troy Media.*

**March 2012**

# The latest public health crisis?

## *Canadian kids going hungry*

LEE FORD JONES



When a crow went down with West Nile virus somewhere in Ontario, my phone would ring. Practicing as an infectious disease specialist at the time, I was alerted to early warnings about threats to the public's health from infectious agents. Immediate response was expected — and provided — by our strong public health infrastructure.

But here at the children's hospital where I now work, a group of us meet regularly, if informally, about another pressing public health threat — hunger.

We live in one of the wealthiest countries in the world. But hunger is something that we at the hospital increasingly see among the families that bring their children to us for medical attention.

This week is hunger awareness week in Canada and for ten days from May 6, the United Nations Special Rapporteur on the Right to Food is making a formal country mission visit to Canada. It's the first-ever visit to a developed nation by Olivier de Schutter, a Belgian law professor who became special rapporteur in 2008.

As a signatory to both the Universal Declaration of Human Rights (1948) and the International Covenant on Economic Social and Cultural Rights (1976) Canada has a legal obligation to "respect, protect and fulfil the right to food."

It's my hope that this visit — and the recommendations in the report that de Schutter will subsequently produce — will throw a spotlight on the disturbing truth that far too many

Canadian children are hungry because their families lack access to adequate and nutritious food.

Food Secure Canada estimates that almost two and a half million Canadians live without secure access to food.

An infectious agent like West Nile poses an immediate threat as well as long-term health consequences (if almost exclusively in adults); unquestionably, the consequences of hunger and food insecurity in childhood are similar.

Why are we concerned here? Many pediatricians with community practices tell us that finding the money to feed the children is the top problem faced by many parents they meet.

We see children whose parents struggle with poverty. We admit proportionately more children from high poverty neighbourhoods to hospital than from other neighbourhoods, and the children from poorer neighbourhoods stay longer at the hospital.

We know that childhood hunger — which of course is linked to poverty — has long-term impacts on physical and mental health.

For healthy growth and development, children need sufficient nutrients. Deficiencies of even small amounts during this important period could have long-term health consequences.

One thing we're seeing in recent years is an upswing in cases of rickets, a condition still prevalent in developing countries

but one that I thought would be corrected in Canada through the 1970s, when I trained in Montreal.

Rickets is preventable. It is primarily caused by a lack of sunlight and vitamin D, (including Vitamin D supplementation with breast feeding). Although a lack of calcium can also contribute to the condition, which causes bones to soften and become prone to deformity. Foods that contain vitamin D include vitamin D fortified milk, as well as eggs, fish oils, margarine and some other foods.

The children we see who have developed rickets are quite simply not getting adequate amounts of sunlight and nutritious food, including vitamin D supplementation with breast feeding.

As a recent report from Toronto's medical officer of health states: "Children who live in food insecure households are more likely to have growth and developmental problems, be susceptible to illness and perform poorly in school, compared to children who are food secure."

Adequate nutrition is also a key issue when it comes to mental health among youth. Psychiatrists speaking at the request of community youth in one of our Priority Neighbourhoods advised that the first two mental health questions that should be asked of young people are: 'How did you sleep last night?' and 'Have you eaten today?'

We know that in the Greater Toronto Area, the use of food banks is increasing rapidly, with a key reason being that

housing costs are eating up a growing proportion of family income. Initiatives are underway to help physicians and other healthcare providers better link families to resources such as food banks and government services.

But while there is a perception that food banks — as well as programs like school and community meal programs, community gardens and kitchens — are providing the needed response to food needs, Canadian research challenges this notion.

The UN Special Rapporteur will present his preliminary findings on food security in Canada on May 16th in Ottawa. It's my hope that this will put child hunger squarely on the political agenda in Canada — and galvanize action to eliminate it.

*Dr. Elizabeth Lee Ford-Jones is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, a Paediatrician specializing in social paediatrics and Project Investigator at SickKids and Professor in the Department of Paediatrics at the University of Toronto.*

*The above represent the opinions of Dr. Lee Ford-Jones and not necessarily the official positions of either The Hospital for Sick Children or the University of Toronto.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Globe and Mail and the Waterloo Record.*

**May 2012**

# Une nouvelle crise en matière de santé publique? *Des enfants canadiens ne mangent pas à leur faim*

LEE FORD JONES



Quelqu'un découvrait une corneille morte du virus du Nil quelque part en Ontario et la sonnerie de mon téléphone se faisait entendre peu de temps après. À l'époque, je travaillais comme infectiologue. Lorsqu'un agent infectieux risquait de poser une menace pour la santé publique, on m'avertissait sans délai. On s'attendait à une réaction prompte des autorités et on l'obtenait, grâce à la solide structure en place.

À l'hôpital pour enfants où je travaille aujourd'hui, nous sommes quelques-uns à nous réunir sur une base régulière, mais informelle, autour d'un autre problème pressant qui menace la santé publique : la faim.

Nous vivons dans un des pays les plus riches au monde. Or, nous constatons que la faim est un problème de plus en plus courant chez les familles qui amènent leurs enfants en consultation dans notre hôpital.

La semaine dernière, se tenait la Semaine de sensibilisation à la faim dans notre pays. Le 6 mai, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation arrivait au Canada pour une mission officielle de dix jours. C'est la première fois qu'Olivier de Schutter, qui est aussi professeur de droit en Belgique, rend visite à un pays développé depuis son entrée en fonction en 2008.

En tant que signataire de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1976), le Canada a l'obligation juridique de « respecter, protéger et réaliser le droit à l'alimentation ».

J'ai bon espoir que la visite de M. de Schutter, ainsi que les recommandations qu'il formulera dans son rapport, permettront de mettre en lumière une vérité déconcertante : des enfants canadiens, bien trop nombreux, ne mangent pas à leur faim parce que leurs familles n'ont pas accès à une alimentation adéquate et nutritive.

Selon Sécurité alimentaire Canada, près de deux millions et demi de personnes au Canada n'auraient pas un accès assuré à la nourriture.

Un agent infectieux comme le virus du Nil présente une menace immédiate et des répercussions sanitaires à long terme (bien que chez la population adulte principalement); incontestablement, la faim et l'insécurité alimentaire pendant l'enfance entraînent des conséquences de portée similaire.

Qu'est-ce qui nous inquiète plus exactement? Les pédiatres actifs au sein de la communauté sont nombreux à nous dire que le problème numéro un d'un grand nombre des parents qu'ils rencontrent, c'est de trouver l'argent nécessaire pour nourrir leurs enfants.

Nous voyons en consultation des enfants dont les parents mènent une lutte quotidienne contre la pauvreté. Les enfants que nous admettons à l'hôpital sont issus de façon disproportionnée des quartiers grandement défavorisés. Et les enfants pauvres y séjournent plus longtemps.

Chacun sait que la faim (indissociable de la pauvreté, bien entendu) a des répercussions durables sur la santé physique et mentale des enfants.

Pour grandir et se développer sainement, un enfant a besoin d'une quantité suffisante de nutriments. La moindre carence alimentaire durant cette phase primordiale qu'est l'enfance peut entraîner des conséquences à long terme.

Or ces dernières années, nous assistons à une recrudescence des cas de rachitisme, une maladie toujours prévalente dans les pays en développement, dont je pensais que nous viendrions à bout, dans les années 1970, à l'époque où je faisais mes études à Montréal.

Ce mal, nous pouvons le prévenir. Le manque de soleil et de vitamine D (incluant la supplémentation du lait maternel en vitamine D) en est responsable. Une carence en calcium peut aussi y contribuer, puisque les os ramollissent et ont ainsi tendance à se déformer. Parmi les aliments contenant de la vitamine D, on compte le lait enrichi, ainsi que les œufs, les huiles de poisson, la margarine et quelques autres.

Les enfants rachitiques que nous examinons ne sont pas assez exposés au soleil, ni ne reçoivent les aliments nourrissants dont ils ont besoin comme la supplémentation en vitamine D du lait maternel.

Un médecin de Toronto affirmait dans un rapport récent que « les enfants qui grandissent dans un foyer où règne l'insécurité alimentaire sont plus susceptibles que les autres

de présenter des problèmes de croissance et de développement, de tomber malades et d'avoir des résultats scolaires médiocres. »

Par ailleurs, une alimentation adéquate joue un rôle essentiel sur le plan de la santé mentale chez les jeunes. Des psychiatres invités par des jeunes habitant l'un de nos quartiers prioritaires ont affirmé que les deux premières questions qu'on devrait poser aux jeunes en matière de santé mentale sont : « As-tu bien dormi la nuit dernière? » et « As-tu mangé aujourd'hui? »

Nous savons que dans la grande région de Toronto, le recours aux banques alimentaires augmente rapidement. L'une des raisons principales est le coût du logement, qui absorbe une part de plus en plus importante du revenu familial. Des projets sont mis sur pied pour aider les médecins et d'autres prestataires de la santé à faciliter l'accès des familles à certaines ressources comme les banques alimentaires et les services gouvernementaux.

Malgré la perception selon laquelle les banques alimentaires, les programmes de repas à l'école et dans la communauté, ainsi que les jardins et les cuisines collectives suffisent à répondre aux besoins, la recherche démontre qu'il en est autrement.

Le Rapporteur spécial des Nations Unies présentera ses premières observations sur la sécurité alimentaire au Canada le 16 mai prochain à Ottawa. J'ose espérer que ses propos permettront de placer le problème de la faim chez les enfants

à l'avant-plan des préoccupations et mobiliseront les moyens nécessaires pour l'enrayer.

*La psychiatre **Elizabeth Lee Ford-Jones** agit à titre de conseillère experte auprès du site EvidenceNetwork.ca. Elle se spécialise en psychiatrie sociale. Elle est également responsable de projets de recherche au Hospital for Sick Children de Toronto et professeure au département de pédiatrie à l'Université de Toronto.*

*Les opinions exprimées ici par la Dre Lee Ford-Jones ne reflètent pas nécessairement la position officielle de The Hospital for Sick Children, ni celle de l'Université de Toronto.*

*Une version de ce commentaire est parue dans Le Soleil.*

**mai 2012**

# Cuts to Stats Canada a costly error

*Policy-making without evidence is a guessing game*

MARK STABILE AND VASS BEDNAR



For many of us, it started with the census. In a controversial move, our government switched from a mandatory to a voluntary census in the summer of 2010. The former Statistics Canada chief, the media and the research community reacted with shock and largely opposed the change to no avail.

Last week, StatsCan quietly continued this trend when it published a media advisory listing programs identified for elimination or reduction to meet savings targets that were announced in the Economic Action Plan 2012 (\$33.9 million by 2014-15).

These reductions have been masked under the compelling veil of 'efficiency.' In reality, the cuts promise considerable future costs because they compromise the tools used to understand the state. This, in turn, has a high probability of leading to decisions that are no longer based on evidence, and therefore are likely to be ineffective uses of public money.

Reductions to Statistics Canada activity are not new. Preceding the census cuts, the agency moved three of four key longitudinal surveys that were initiated in the 1990s to the 'inactive list': the National Population Health Survey; the National Longitudinal Survey of Children and Youth, and the Workplace and Employment Survey. These information-rich surveys involve repeated observations of the same people over long periods of time and began tracking Canadians in the early 1990s. We are no longer measuring outcomes for these individuals.

Last week's cuts, which affect 34 surveys, brought an end to the fourth of the longitudinal surveys started in the 1990s: The Survey of Labour and Income Dynamics (SLID), which provides an understanding of the economic well-being of Canadians.

We have now halted the collection and analysis of our most informative longitudinal information on our labour force, on the workplace, on health and healthcare, and on child well-being. Add to this our universal census of the population. How might Canada expect to meet the policy challenges of the future when we no longer have the ability to understand where we are today?

Statistics Canada is the primary source of Canadian data, a federal government agency formed in 1971 to produce statistics that help us better understand Canada, its population, resources, economy, society and culture. For many decades it was considered among the top statistical agencies in the world. The surveys started in the 1990s were the envy of U.S. researchers looking to better understand how our jobs, workplaces, health and children were changing over time.

As our government incrementally eliminates popular data sets, to whose hands might we toss this statistical torch? There is certainly a shifting onus as the state slowly shrugs off primary responsibility for the collection and maintenance of widely available and shareable descriptive information. Will we be able to compensate as a society before it's too late?

In some cases, it is appropriate for the public sector to turn over responsibilities that can be adequately performed in the private sector. The government need not run airlines or gas stations or even mail companies.

Is statistical information on the country an appropriate addition to this list? Or does a combination of privacy concerns, the necessity for information on the entire country, the benefits of having a single entity that houses the expertise to collect, store and protect these data, and the necessity of accessible information for government researchers, and private corporations alike lead to data collection and dissemination being a public good? Does the social benefit of these data far exceed the private benefit that a private sector company might realize?

We would argue that there is a strong case to be made for a publicly funded and administered statistical agency that collects the kind of robust information required for government, business and individuals to make the best decisions they can.

For without being able to accurately describe the characteristics and trends of what that 'problem' is, society will simply have to make policy in the dark. Evidence-based policy-making requires just that — evidence — standard, reliable metrics whose quantification and legitimacy is widely agreed upon. In their absence, policy-making at all levels and in every sector will be as expensive as it is hopeful, while

policy actors are forced to gingerly ‘guess and check’ over time.

In the absence of good data, our ability to fully comprehend complex policy issues will grow anecdotal and inconsistent. As admirable as the quest for efficiency in the public sector is, it can’t be worth the confusion that it will promise in the future. Truly realizing the kind of savings that Statistics Canada claims to strive for in this budgetary cycle means continuing to invest in the foundational information that has wisely informed our nation for decades.

*Vass Bednar is an Action Canada Fellow and graduate of the School of Public Policy and Governance. Mark Stabile is the director of the School of Public Policy and Governance and a professor at the Rotman School of Management, University of Toronto, and an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Toronto Star, Vancouver Sun, and the Huffington Post.*

**July 2012**

# Les coupes à Statistique Canada : une erreur coûteuse

MARK STABILE ET VASS BEDNAR



Pour plusieurs d'entre nous, ça a commencé avec le recensement, lorsqu'à l'été 2010 notre gouvernement a changé dans la controverse le recensement obligatoire en un recensement facultatif. L'ancien statisticien en chef de Statistique Canada, les médias et le milieu de la recherche ont réagi avec stupeur à cette décision et s'y sont massivement opposés, en vain toutefois.

Poursuivant sans grand bruit cette tendance, Statistique Canada a publié la semaine dernière un avis aux médias dans lequel étaient énumérés les programmes que l'organisme prévoit abolir ou réduire afin d'atteindre les cibles de diminution des coûts annoncées dans le Plan d'action économique 2012 du gouvernement (33,9 millions de dollars d'ici 2014-2015).

Ces compressions sont drapées du voile séduisant de l'« efficacité ». Or en vérité, elles annoncent des coûts futurs considérables, parce qu'elles compromettent le bon fonctionnement des outils utilisés pour mieux comprendre la situation de l'État canadien. Par conséquent, il est fort probable qu'elles mèneront à des prises de décisions qui ne sont plus fondées sur des faits, donc susceptibles de donner lieu à une utilisation inefficace des fonds publics.

Il n'est pas nouveau qu'on réduise les activités de Statistique Canada. Avant les coupes touchant le recensement, l'organisme a fait passer dans la liste des programmes qui ne sont plus en vigueur trois de quatre grandes enquêtes longitudinales importantes amorcées dans les années 1990 :

l’Enquête nationale sur la santé de la population, l’Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes et l’Enquête sur le milieu de travail et les employés. Suivant l’évolution de la population canadienne depuis le début des années 1990, ces enquêtes riches en information reposaient sur l’observation répétée d’un même groupe de personnes durant de longues périodes. Les résultats liés à ces personnes ne sont cependant plus mesurés aujourd’hui.

Touchant 34 enquêtes différentes, les coupes annoncées la semaine dernière ont sonné le glas de la quatrième enquête longitudinale amorcée dans les années 1990, soit l’Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), qui permettait de dresser un tableau du bien-être économique de la population canadienne.

Nous avons maintenant interrompu la collecte et l’analyse des données longitudinales les plus informatives que nous possédions sur la population active, les milieux de travail, la santé et les soins de santé, et le bien-être des enfants. Et s’ajoutent à ces données perdues celles du recensement universel de la population. Dans de telles conditions, comment le Canada arrivera-t-il à relever les défis stratégiques de demain si nous n’avons plus la capacité de dresser un portrait de la situation d’aujourd’hui?

Principale source de données sur le Canada, Statistique Canada est un organisme du gouvernement fédéral mis sur pied en 1971 dans le but de produire des statistiques destinées à nous permettre de mieux comprendre l’état du pays, de sa

population, de ses ressources, de son économie, de sa société et de sa culture. Durant plusieurs décennies Statistique Canada a été considéré comme faisant partie des meilleurs organismes de statistique au monde. Les enquêtes lancées dans les années 1990 suscitaient d’ailleurs l’envie des chercheurs américains qui étaient désireux de mieux comprendre comment la situation de nos emplois, de nos milieux de travail, de notre santé et de nos enfants évoluait dans le temps.

Dans la mesure où notre gouvernement élimine progressivement des ensembles de données grandement appréciés des chercheurs, qui prendra désormais le relais dans le domaine des statistiques? Manifestement, s’opère actuellement un transfert de responsabilité, l’État se déleste tranquillement de cette tâche fondamentale qui est de recueillir et de conserver des données descriptives accessibles à un large public et pouvant être partagées. En tant que société, serons-nous en mesure de compenser ce délestage avant qu’il soit trop tard?

Dans certains cas, il est approprié que le secteur public délaisse certaines responsabilités pouvant être assumées adéquatement par le secteur privé. Il n’est en effet pas nécessaire que le gouvernement exploite des compagnies aériennes, des stations-service ou même un service des postes.

Toutefois, est-il convenable que la collecte des données statistiques sur le pays soit ajoutée à cette liste? Les questions de confidentialité, le besoin d’une information portant sur

l'ensemble du pays, les avantages offerts par la concentration au sein d'un seul organisme de toute l'expertise en matière de collecte, de stockage et de protection des données et enfin la nécessité d'une information accessible aux chercheurs du gouvernement tout autant qu'aux entreprises privées ne font-ils pas plutôt en sorte que la collecte et la diffusion des données statistiques devraient être un bien collectif? Le bienfait social qu'apportent ces données ne dépasse-t-il pas largement le bénéfice privé que pourrait en tirer une entreprise du secteur privé?

Selon nous, il y a tout lieu de croire que devrait appartenir à l'État le rôle de financer et d'administrer un organisme de statistique responsable de la collecte des données rigoureuses dont ont besoin le gouvernement, les entreprises et les particuliers pour prendre les meilleures décisions possible.

Autrement, si elle n'est pas en mesure de décrire précisément les caractéristiques et les tendances des problèmes qui la traversent, notre société sera tout simplement forcée d'élaborer à l'aveuglette les politiques destinées à résoudre ces problèmes. Pour concevoir des politiques fondées sur des faits, ce qu'il faut, ce sont justement des faits, c'est-à-dire des indicateurs fiables et normalisés dont la méthode de quantification et la légitimité sont largement reconnues. En l'absence de tels indicateurs, la formulation de politiques, à tous les niveaux et dans tous les secteurs, ne reposera désormais plus que sur la chance ou l'espérance et deviendra de ce fait plus coûteuse, puisque les décideurs n'auront d'autre

choix que de procéder par essais et erreurs, avec tout le temps et les précautions que cela nécessite.

Sans données fiables, notre capacité à comprendre pleinement des enjeux stratégiques complexes risque de plus en plus de sombrer dans l'anecdote et le manque de cohérence. Tout admirable qu'elle puisse être, la quête d'efficacité du secteur public ne compense en rien la confusion qu'annoncent pour l'avenir les coupes à Statistique Canada. S'il souhaitait véritablement faire le type d'économies que Statistique Canada prétend vouloir réaliser dans le cadre du présent cycle budgétaire, notre gouvernement continuerait à investir dans la collecte de ces données essentielles qui des décennies durant ont contribué à éclairer et à orienter la nation canadienne.

*Vass Bednar est boursière d'Action Canada et diplômée de l'École de politique publique et de gouvernance de l'Université de Toronto. Mark Stabile est directeur de l'École de politique publique et de gouvernance de l'Université de Toronto et professeur à la Rotman School of Management de la même université. Il œuvre également à titre d'expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca.*

*Une version de ce commentaire est parue dans *La Presse* et *Le Devoir*.*

**juillet 2012**

# Why the rest of Canada should listen to Quebec's student protestors

Quebec students kicked off a generational conversation

PAUL KERSHAW



Many outside of Quebec are bemused that the province's September 4th election was triggered largely by student protests in the province where tuition is lowest. But it is outside of Quebec where Canadians should pay careful attention to the strike, because it is in the rest of Canada where circumstances give more reason to protest.

Student concern about tuition in Quebec invited a generational conversation. Presently, the average undergrad tuition in that province (\$2,519) is on par with Canada's national average back in 1976. If the proposed \$1,778 tuition hike takes effect, Quebec fees will become 70 per cent higher than what Canadians paid a generation ago.

As Quebec post-secondary students resist this increase, other young Canadians have been coping with it for some time. Controlling for inflation, national average tuition fees were stable from 1976 to 1990. Thereafter, Statistics Canada shows that university revenue from student fees grew from 10 to 21 per cent, while revenue from governments fell from 72 to 55 per cent.

Given this generational change, students across the country have every reason to question why young adults today must pay tuition fees that are twice on average what their parents paid. This question is especially worth asking since post-secondary education is much more important today than it was a generation ago in terms of landing a middle-income job.

Canada not only has more graduates with student debt today than in the mid-1970s, the average debt load is now markedly higher upon graduation.

If only the student protestors had acknowledged more explicitly that rising tuition is really just the tip of the iceberg when it comes to the challenges that Canadians under 45 face today compared to a generation ago.

Tuition, especially in Quebec, is not the major barrier for young adults.

A bigger barrier is that young people's wages aren't keeping pace with the cost of living as they try to pay for schooling. The average minimum wage in Canada in 1976 was slightly above current minimums, around \$10.50 in today's dollars. While minimum wages stalled, housing prices went up 76 per cent across the country, and over 90 per cent in Quebec. This means students pay far higher rents today while attending classes.

The situation doesn't improve once students leave school with post-secondary certificates.

Young couples age 25-34 have seen their household incomes flat-line relative to what the same demographic earned a generation ago, even though today's young couples are far more likely to be dual-earners, not single earners with a stay-at-home spouse.

This creates a bleak future for Canada's younger generations, something that is too often ignored. Some pundits urged 'tough treatment' of Quebec student strikers, noting that this is not like the grand causes — the Arab spring — sweeping other nations.

We're not Egypt or Libya, but commentators are wrong to suggest there is no grand cause.

The fact is, the standard of living has declined substantially for Canadians who follow the Boomer generation. They are squeezed for time at home because two earners are needed to make incomes that don't keep up with higher housing costs and student debts. They are squeezed by an environmental debt they must pay because Canadians have made no progress reducing per capita carbon dioxide emissions since 1976. And they are squeezed by government debts that are far larger today than what their parents inherited.

Most in the squeeze generations have adapted by delaying marriage and kids.

Outside of Quebec, the trouble young Canadians have with higher tuition is dwarfed by failures to adapt family policy to new realities. In a single year, young couples who decide to have a baby forgo nearly a university degree worth of tuition to split time at home, even taking into account Canada's parental leave system. And they annually fork over the equivalent of a couple of years of tuition to pay for child care services — if they are lucky enough to find quality spaces for their preschool kids.

So, as Quebecers head to the polls, the rest of the country would be wise to carry on the generational conversation that Quebec students initiated.

If we continue to ignore the declining standard of living for Canadians under age 45, we shouldn't be surprised by protests. Truth be told, the bad generational deal for young Canadians is worse outside Quebec than it is in la belle province.

*Paul Kershaw is a farmer morning and night. By day, he is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a Mowafaghian Foundation Scholar with the School of Population and Public Health and the Human Early Learning Partnership (HELP) at the University of British Columbia.*

*This commentary appeared in the Winnipeg Free Press, Vancouver Province and the Guelph Mercury.*

**August 2012**

# Junk food doesn't just go onto your hips — it gets into your hips

High fat and sugar diet is a silent bone robber

CY FRANK AND RON ZERNICKE



If you think junk food goes directly onto your hips, you're right. But it gets worse. It gets into your hips, and into other bones in the body, too.

Junk food, or more precisely, food that is high in fat and sugar, robs the skeleton of the building blocks it needs to grow and remain strong to ward off degenerative conditions like osteoporosis.

There are two mechanisms for this bone robbery.

First, a diet high in saturated fats and sugar blocks ingested calcium from being absorbed, causing it to be excreted in the urine. Thus, the calcium needed for healthy bones washes through the body and is lost.

Second, saturated fats tend to form insoluble 'soaps,' which coat the intestines. This coating becomes a barrier to the calcium bones need. Thus, the calcium from the cheese on a burger will pass through the intestines mainly unused.

The picture is not pretty. Junk food layers fat onto a skeleton that it weakens of the ability to support the extra weight.

Approximately two million Canadians suffer from osteoporosis, a disease known as the 'silent thief' because, with no symptoms, it robs the bone of tissue leaving it with thousands of tiny pores. Porous bones can break with little stress.

Women are particularly at risk because their rate of osteoporosis is twice that of men. One in four women in

Canada over the age of 50 has osteoporosis. And one in three women over 65 will suffer a hip fracture. About 20 per cent of hip fractures related to osteoporosis will result in death.

Treating osteoporosis and related fractures costs Canada's public health system an estimated \$1.9 billion per year.

Diet can be an enemy or an ally in the battle against osteoporosis.

A growing child near puberty is rapidly laying down new bone. This child could optimize his or her bone growth and accumulation by eating healthy foods and being physically active. The more bone developed, the lower the chance of fractures from osteoporosis later in life. This is primary prevention.

This child's parents and grandparents are past the stage of building bone. Their opportunity is in the secondary stage of prevention — middle and late adulthood. By following a healthy diet, being physically active and, if necessary, taking medication to slow bone loss, they can reduce their likelihood of fractures from osteoporosis.

A healthy diet is balanced and includes a variety of foods — vegetables, fruits and whole grains — and foods low in saturated fats, salt and sugar.

Maintaining a healthy diet, however, is not just about knowing which foods to select. It's also about managing the

environment that influences food choices. In this area, we have options.

For example, we can strictly limit the transfat levels in food products and ban, as California has, trans fats in restaurants. Or we can require, as New York City has, that calorie counts be posted on menu boards in the same font size as price. We could also eliminate unhealthy foods at locations that should be promoting healthy lifestyles, such as in vending machines and at cafeterias in schools, recreational centres and hospitals.

### **Demographics in Canada call for action now**

Baby boomers were the first generation to grow up on fast food, and they have created a dietary legacy of high fat and sugar. Today, 1,600,000 Canadian children are obese or overweight — more than one of every four children.

'Boomers' themselves — the oldest now 66 — have reached the stage in life when they are most susceptible to bone and joint disorders.

But while concerns have been expressed about early onset of cardiovascular illness and diabetes from a high fat and sugar diet, scant attention has been paid to the exposure of millions of people to significantly increased risk of osteoporosis, premature joint wear and other skeletal conditions that can silently rob them of their health.

We can turn the tide, but we need to put measures in place now to protect our bones — and in the process, improve our overall health.

*Cy Frank is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, and an orthopaedic surgeon practicing in Calgary. He is also the Executive Director of the Alberta Bone and Joint Health Institute, professor of surgery in the Division of Orthopaedics, University of Calgary, and the McCaig Professor of Joint Injury and Arthritis Research.*

*Ron Zernicke is a member of the Institute's International Advisory Committee and is professor and dean, School of Kinesiology, University of Michigan.*

*A version of this commentary appeared in the Winnipeg Free Press and the Huffington Post*

**September 2012**

# La malbouffe ne fait pas qu'arrondir vos hanches, elle les gruge

L'alimentation riche en graisses et en sucre : une silencieuse voleuse d'os

CY FRANK ET RON ZERNICKE



Si vous pensez que la malbouffe arrondit vos hanches, vous avez raison. Mais il y a pire. Elle les gruge, et elle gruge aussi d'autres os dans votre corps.

La malbouffe, ou plus précisément des aliments riches en graisses et en sucre, vole au squelette des éléments essentiels dont il a besoin pour croître et conserver la solidité nécessaire lui permettant de combattre les maladies dégénératives, comme l'ostéoporose.

Ce vol est perpétré par l'entremise de deux mécanismes.

Premièrement, une alimentation riche en graisses et en sucre empêche l'absorption du calcium et provoque l'excration de cet élément par la voie des urines. Le calcium nécessaire à la santé des os passe donc dans le corps sans être assimilé.

Deuxièmement, les graisses saturées ont tendance à former des « savons » insolubles qui recouvrent les intestins. Cette couche empêche l'absorption du calcium dont les os ont besoin. Par conséquent, la plus grande part du calcium contenu dans le fromage d'un burger traversera les intestins sans que le corps ne puisse l'absorber.

Le tableau n'est pas rose. La malbouffe dépose des couches de graisses sur le squelette, l'affaiblit et le prive de sa capacité de soutenir des kilos supplémentaires.

Environ deux millions de Canadiens et de Canadiennes sont atteints d'ostéoporose, une maladie communément appelée « la voleuse silencieuse », puisqu'elle ne présente aucun

symptôme. Elle introduit dans les os des milliers de pores minuscules et leur dérobe leur densité. Or, des os poreux peuvent casser au moindre choc.

Les femmes sont particulièrement à risque et affichent des taux d'ostéoporose deux fois supérieurs, comparativement aux hommes. Une Canadienne sur quatre âgées de plus de 50 ans souffre d'ostéoporose, et une femme sur trois âgées de plus de 65 ans subira une fracture de la hanche. Environ 20 pour cent de ces fractures liées à l'ostéoporose mènent à un décès.

Chaque année, le système de santé canadien dépense environ 1,9 million de dollars pour traiter l'ostéoporose et les fractures qui en découlent.

L'alimentation peut s'avérer un ennemi ou un allié dans la lutte contre l'ostéoporose.

Chez un enfant en pleine croissance et qui approche la puberté, les tissus osseux se multiplient rapidement. Cet enfant pourrait optimiser la croissance et l'accumulation de sa masse osseuse en consommant des aliments sains et en étant physiquement actif. Plus sa masse osseuse sera importante, plus il s'évitera des fractures causées par l'ostéoporose à des étapes ultérieures de sa vie. Il s'agit de prévention primaire.

Les parents et les grands parents de cet enfant sont au-delà de l'étape du développement de la masse osseuse. À l'étape secondaire de leur vie, soit l'âge adulte moyen et avancé, d'autres possibilités de prévention s'offrent à eux. En ayant une alimentation saine, en étant physiquement actif et, si

nécessaire, en prenant des médicaments pour ralentir la perte de masse osseuse, ils peuvent réduire le risque de fractures causées par l'ostéoporose.

Une alimentation saine est équilibrée. Elle inclut donc un éventail d'aliments : légumes, fruits et céréales entières, ainsi que des aliments faibles en graisses saturées, en sel et en sucre.

Une alimentation saine ne repose pas uniquement sur de bons choix alimentaires. Il faut aussi bien gérer les environnements qui influent sur ces choix. À ce chapitre, plusieurs options s'offrent.

Par exemple, nous pouvons limiter, de façon stricte, la teneur en gras trans dans les produits alimentaires et interdire, comme l'a fait la Californie, les gras trans dans les restaurants. Ou nous pouvons exiger, comme la Ville de New York l'a fait, que le nombre de calories soient affiché sur les menus, en mêmes caractères que les prix. Nous pouvons aussi éliminer les aliments malsains dans les lieux qui devraient véhiculer des habitudes de vie saines, comme les cafétérias d'écoles, de centres de loisirs et d'hôpitaux, ainsi que dans les distributeurs automatiques.

La situation démographique au Canada exige des actions immédiates

Les bébés-boumeurs ont été la première génération à grandir avec les aliments prêts-à-manger, et leur héritage alimentaire est riche en graisses et en sucre. Aujourd'hui, 1 600 000

enfants canadiens sont obèses ou font de l'embonpoint, soit plus de un enfant sur quatre.

Quant aux boumeurs, les plus vieux étant maintenant âgés de 66 ans, ils ont atteint une étape de vie où le risque de maladies des os et des articulations est plus présent.

Bien que certaines inquiétudes aient été exprimées quant à l'apparition précoce des maladies cardiovasculaires et du diabète causée par une alimentation riche en graisses et en sucre, peu d'attention a été accordée au fait que des millions de personnes sont beaucoup plus à risque d'être atteintes d'ostéoporose, d'une usure des articulations prématuées et d'autres troubles squelettiques qui peuvent discrètement détruire leur santé.

Nous pouvons renverser la vapeur, mais nous devons immédiatement mettre en place des mesures pour assurer la santé de nos os, et dans le processus, améliorer notre santé générale.

*Cy Frank est expert-conseil auprès du site EvidenceNetwork.ca et chirurgien orthopédiste à Calgary. Il est directeur général du Alberta Bone and Joint Health Institute, professeur de chirurgie au département d'orthopédie de l'Université de Calgary et professeur McCaig en recherche sur les lésions articulaires et l'arthrite.*

*Ron Zernicke est membre du comité consultatif international de l'Alberta Bone and Joint Health Institute et professeur et*

*doyen de la School of Kinesiology, de l'Université du Michigan.*

**septembre 2012**

# Social assistance reform can lead to better health for all

The healthiest societies are those with the least income inequality

GARY BLOCH



Tom, forty-six years old and a skilled carpenter, came into my office the other day. He has not worked for the last eight years since he hurt his back in a car accident. He is often depressed and spends days at home, sometimes without leaving his bed. He used up the settlement from the insurance company three years ago, then his savings, and now lives on social assistance, struggling to survive on a meagre monthly allowance. He lives with two other men in a squalid apartment.

I would like to treat his mood with medications and counseling, and I would like him to go to physiotherapy appointments to rebuild the strength he lost after his injury. He would like enough money to move into proper housing, feed himself, and be able to present himself with dignity again. He would also like to be supported in recovering from his physical and mental injuries, and wants nothing more than to get back to work. For him, social assistance has not been so much a safety net as it's been a fish net — a trap of indignity from which he has been unable to wriggle free. Sadly, Tom's story is mirrored across the country, where social assistance programs routinely are not meeting the basic needs of those who rely on them.

With patients like Tom, I regularly witness first hand how relevant a strong, respectful, recovery-oriented, social assistance system could be to the health of my patients who live in the most extreme poverty.

The health research evidence supports the need to improve the lot of people on social assistance. The strong association

between poverty and poor health is irrefutable, and has been demonstrated consistently across different periods in history, parts of the world, and groups of people.

But the health needs of people who live on social assistance are at the extreme end of the spectrum.

A report by the Wellesley Institute in 2009 showed that people who live on welfare are at far higher risk of death and sickness than other people who live in poverty. Social assistance recipients were found to have far higher rates of chronic illness. Dramatically, those on social assistance were eighteen times more likely to have attempted suicide in their lifetimes.

It's time to revisit social assistance programs across the country, which should be based on their ability to improve the health of the most economically vulnerable Canadians. A health-focused reform of social assistance would require three essential components. First, a respect for the lived experiences of those who experience extreme poverty. I have yet to meet a patient who is happily living on welfare. Many tell me of the constant weight placed on their shoulders by a system that makes them feel like they have failed themselves and their society, while forcing them to live in extreme poverty.

Second, a focus on recovery from the health impacts of living in poverty, and the disabling conditions experienced by many who live in poverty. This approach, again, requires a shift

away from a punitive system towards one that is respectful and nurturing of the abilities of each individual.

Finally, a level of support that allows for a dignified standard of living. Forcing people to live in squalor and survive on less than a pittance only worsens the health impacts of their low income. While this may appear to save money up front, it likely ends up being spent elsewhere, through higher use of physical and mental health services down the road.

Social assistance reform, if done right, can lead to better health for all. As Richard Wilkinson demonstrates in his excellent book, *The Spirit Level*, the healthiest societies are those with the least income inequality. And these health benefits reach everybody – even those earning the highest incomes.

By strengthening our social assistance systems, and by focusing on a respectful process of recovery for those who live in poverty and outside the workforce, we can take a big step toward becoming a less unequal, and a healthier, society.

From my perspective, a person-oriented and recovery-oriented reform of social assistance is the most powerful prescription I could write for Tom and my other patients who live in the destitution forced on them.

*Gary Bloch is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and a family physician with St. Michael's Hospital in Toronto.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Waterloo Region Record and the Guelph Mercury*

**October 2012**

# La réforme de l'aide sociale peut améliorer la santé de tous

Les sociétés présentant le moins d'inégalités de revenus sont celles qui sont le plus en santé

GARY BLOCH



L'autre jour, Tom, un charpentier qualifié de quarante-six ans, est venu me consulter à mon cabinet. Depuis les huit dernières années, il ne travaille plus en raison de la blessure au dos qu'il a subie lors d'un accident de voiture. Il est souvent déprimé et passe ses journées à la maison, parfois en restant cloué au lit. Il a épuisé l'indemnité que lui a versée la compagnie d'assurances il y a trois ans ainsi que ses économies. Il vit maintenant de l'aide sociale et la maigre allocation mensuelle qu'il reçoit lui permet à peine de survivre. Il habite un appartement sordide avec deux autres hommes.

J'aimerais soigner son trouble de l'humeur à l'aide de médicaments et de consultations psychologiques, et j'aimerais l'envoyer en physiothérapie pour qu'il retrouve la force musculaire qu'il a perdue après sa blessure. Il aimerait, de son côté, disposer de plus d'argent pour pouvoir emménager dans son propre logement, se nourrir et se présenter de nouveau avec dignité. Il aimerait également être soutenu de manière à récupérer de ses blessures physiques et psychologiques et ne demande rien de plus que de retourner au travail. Selon lui, l'aide sociale ne lui a pas entièrement offert la protection d'un filet de sécurité, mais s'est plutôt refermée sur lui comme un filet de pêche, soit une trappe d'indignité de laquelle il a été incapable de se dégager. Malheureusement, l'histoire de Tom se répète un peu partout au pays, là où les programmes d'aide sociale ne répondent pas systématiquement aux besoins de base de ceux qui en dépendent.

Avec des patients comme Tom, je suis régulièrement en mesure de constater à quel point un système d'aide sociale solide, respectueux et axé sur le rétablissement présenterait un intérêt pour la santé de mes patients qui vivent dans la plus grande pauvreté.

Les données issues de la recherche en santé montrent qu'il faut améliorer le sort des personnes qui reçoivent de l'aide sociale. Le lien étroit qui existe entre la pauvreté et une mauvaise santé est irréfutable. Il a été mis en évidence régulièrement à diverses périodes de l'histoire, dans différentes parties du monde et parmi différents groupes de personnes.

Mais les besoins des personnes qui vivent de l'aide sociale se situent à l'autre extrême.

Selon un rapport que Wellesley Institute a présenté en 2009, les personnes qui vivent de l'aide sociale sont exposées à un risque plus élevé de décès et de maladie que les autres personnes vivant dans la pauvreté. On a observé chez les assistés sociaux des taux plus élevés de maladies chroniques. De façon notable, les personnes qui vivent de l'aide sociale sont dix-huit fois plus à risque de faire une tentative de suicide au cours de leur vie.

Il est temps de revoir les programmes d'aide sociale dans l'ensemble du pays, en fonction de leur capacité d'améliorer la santé des Canadiens les plus vulnérables sur le plan économique. Une réforme de l'aide sociale qui serait axée sur la santé devrait comporter trois aspects essentiels. Dans un

premier temps, il faut respecter les expériences des personnes qui vivent dans la plus grande pauvreté. Je n'ai pas encore rencontré de patient qui recevait de l'aide sociale de gaieté de cœur. Plusieurs d'entre eux me parlent du poids constant qui pèse sur leurs épaules en raison du système qui leur donne l'impression d'avoir échoué et de ne pas répondre aux attentes de la société en les forçant à vivre dans le dénuement.

Deuxièmement, on doit s'intéresser au rétablissement sous l'angle des incidences de la pauvreté sur la santé et des conditions handicapantes auxquelles sont soumis les gens pauvres. Encore une fois, cette approche exige que l'on passe d'un système punitif à un système qui respecte chaque personne et favorise le développement de ses aptitudes.

Enfin, il faut fournir une aide qui permet d'avoir un niveau de vie acceptable. Le fait de forcer les gens à vivre dans des conditions sordides et à survivre avec des miettes ne peut qu'aggraver les incidences de leur faible revenu sur la santé. Même si, à première vue, on semble réaliser des économies, ces sommes finiront probablement par être dépensées ailleurs, comme à financer une plus grande utilisation des services de santé physique et mentale.

La réforme de l'aide sociale, si elle est faite dans les règles de l'art, peut améliorer la santé de tous. Comme l'a démontré Richard Wilkinson dans son excellent livre, *The Spirit Level*, les sociétés présentant le moins d'inégalités de revenus sont celles qui sont le plus en santé. Et ces bienfaits pour la santé

peuvent profiter à tout le monde, même à ceux qui gagnent les revenus les plus élevés.

En renforçant nos systèmes d'aide sociale et en privilégiant un processus de rétablissement respectueux pour ceux qui vivent dans la pauvreté et qui ne travaillent pas, nous franchissons ainsi une étape cruciale nous permettant de devenir une société plus équitable et en santé.

De mon point de vue, une réforme de l'aide sociale axée à la fois sur la personne et le rétablissement constitue l'ordonnance la plus puissante que je peux prescrire à Tom et à mes autres patients qui vivent dans le dénuement qu'on leur a imposé.

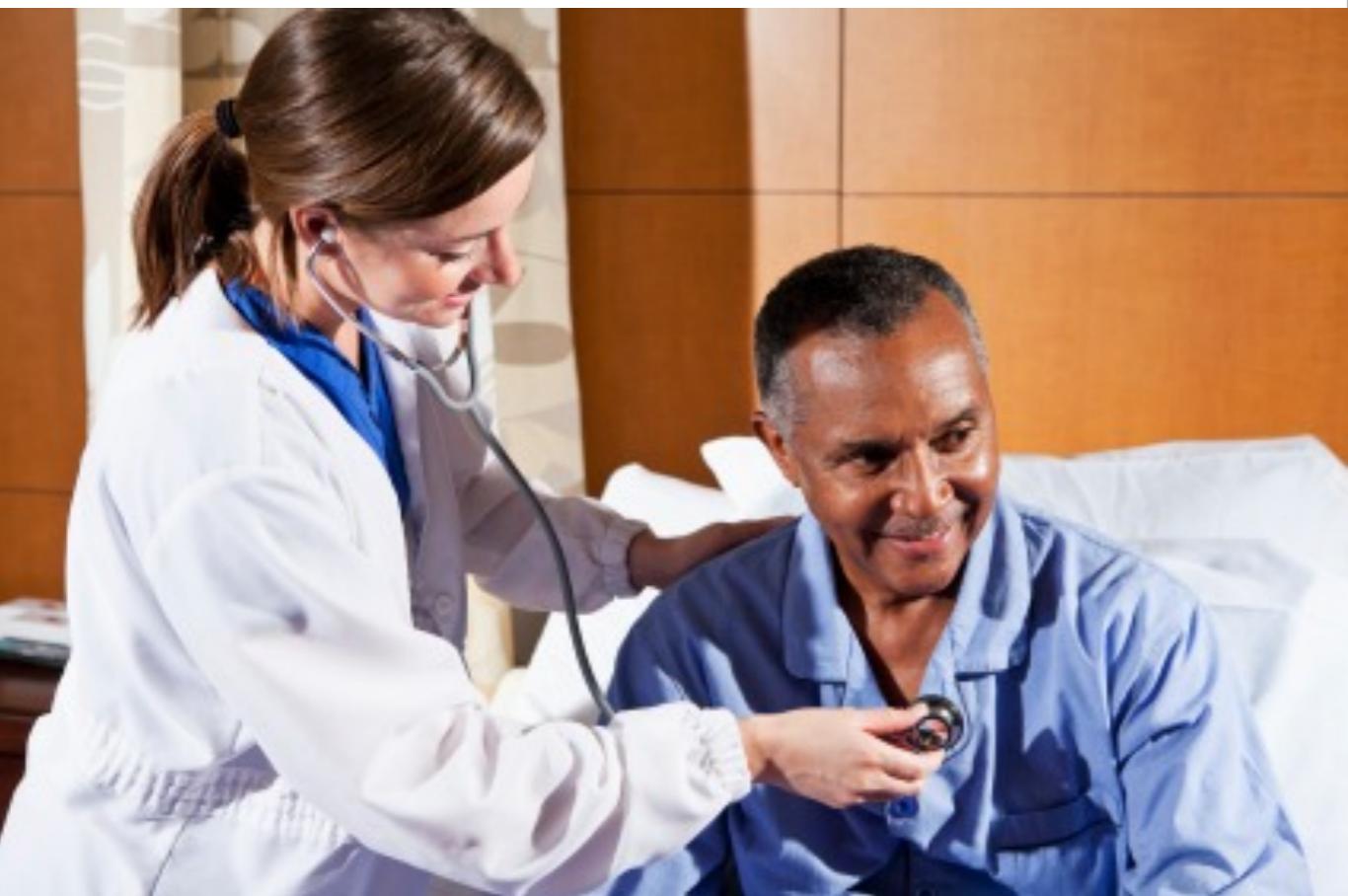
*Gary Bloch agit à titre de conseiller expert à EvidenceNetwork.ca et œuvre à l'Hôpital St. Michael de Toronto en tant que médecin de famille.*

**octobre 2012**

# Patient Financing of Healthcare (Should the Patient Pay?)

# Time to move beyond private vs. public debate and reform our healthcare system

CY FRANK



With the election behind us, Canadians can look back and appreciate that we spent upwards of \$300 million on an examination of personality, while policy largely escaped unscathed by serious scrutiny. Healthcare, which pollsters insisted was the issue of greatest concern to voters, was summarily dismissed by our political parties with a unanimous promise made up of two simple words: 'more money.'

Even a report by former Bank of Canada governor David Dodge failed to ignite the serious conversation Canadians need to have about a healthcare system that, as Mr. Dodge put it, is suffering from chronic spending disease.

This is one chronic disease that is life-threatening. Canadians clearly cannot sustain increases in healthcare expenditures that, left unchecked, will in just 20 years bring spending after inflation to a whopping \$42,800 a year for a family of four.

But throwing more money at the problem will only hasten the onset of death. The time is long past due for informed people to steal the platform from entrenched parties who want Canadians to think they have only a choice between ever spiraling costs and private healthcare.

As noted health policy analyst Michael Rachlis said in a recent interview: "For me, it's groundhog day every day. I wake up and we're having the same stupid debate. We're not including the fact that we can solve these problems. And then we end up debating whether we should look more like the U.S. system."

## Eliminating waste and duplication

The evidence suggests that while unsustainable cost increases are occurring, they are not a direct result of demographics. In fact, embedded and pervasive waste and duplication are the major drivers of spiraling healthcare costs that now swallow \$12 of every \$100 of GDP. And the irony of the situation is that throwing ever-larger amounts of taxpayer dollars at the problem without measuring value often simply results in more waste and duplication.

Where are the waste and duplication occurring? All around us. They occur every time a frustrated family doctor gives a patient referrals to multiple specialists hoping one will have a quick opening. Every time a physician sends a patient for an MRI when less expensive options, such as an x-ray, would provide all the diagnostic information needed. Every time a patient needing multidisciplinary care goes from one silo of care to another where the same information is collected all over again. Every time a new drug comes on the market after testing against a placebo instead of being compared to existing drugs that are less expensive and already proven effective.

## Using business solutions within a public health system

Evidence also suggests that we need not adopt private healthcare to fix these problems. But adopting private industry principles within our healthcare system to fix them is not a threat. It is actually an opportunity. A good place to start

is with the basic business formula of continuously eliminating waste, improving quality, giving customers what they need, and incenting performance.

Let's look at the big-box store formula as a place to start. This approach offers one-stop shopping, volume-enabled low pricing and the ability to control quality and cut out waste by centralizing a large operation under one roof. These attributes are as important to public healthcare as they are to industry. Like retail customers who have all their shopping needs — clothing, electronics, hardware, etc. — under one roof with greater choice at a lower price, patients with chronic diseases that require multidisciplinary care could have family doctors, surgeons, specialists, nurses, therapists and dieticians in a single location.

Chronic diseases such as arthritis, diabetes and hypertension — pervasive in our society — are best treated in the kind of multidisciplinary environment that the big-box concept can support. Instead of being shunted from one silo of care to another, patients find themselves at the centre with health professionals working as an integrated team.

This is occurring in Ontario where the Family Health Team model offers a wide scope of services by multidisciplinary teams providing integrated care. Remuneration is weighted heavily to incentives to provide preventive services and chronic disease management. In just six years, 170 teams have been established.

In Alberta, the big-box concept is in its early stages for osteoarthritis patients who need a hip or knee replacement. Patients in some locations can be seen by an orthopaedic surgeon, an internist, an occupational therapist, a physiotherapist, a dietician and a nurse, with a case manager to coordinate their evidence-informed care — all under one roof. The next logical step is to expand services to a broader range of musculoskeletal conditions in these clinics and to network even more people to work seamlessly in teams. This approach can also be extended to all other disease areas.

All across Canada, hundreds — perhaps thousands — of healthcare professionals are involved in innovative approaches like these that are demonstrating we can indeed get more value for our healthcare dollar while remaining in a public health system. More access, more quality, more of what the customer — the patient — needs.

*Cy Frank is Executive Director of the Alberta Bone and Joint Health Institute and an orthopaedic surgeon practicing in Calgary, Alberta. He is also an expert advisor for EvidenceNetwork.ca.*

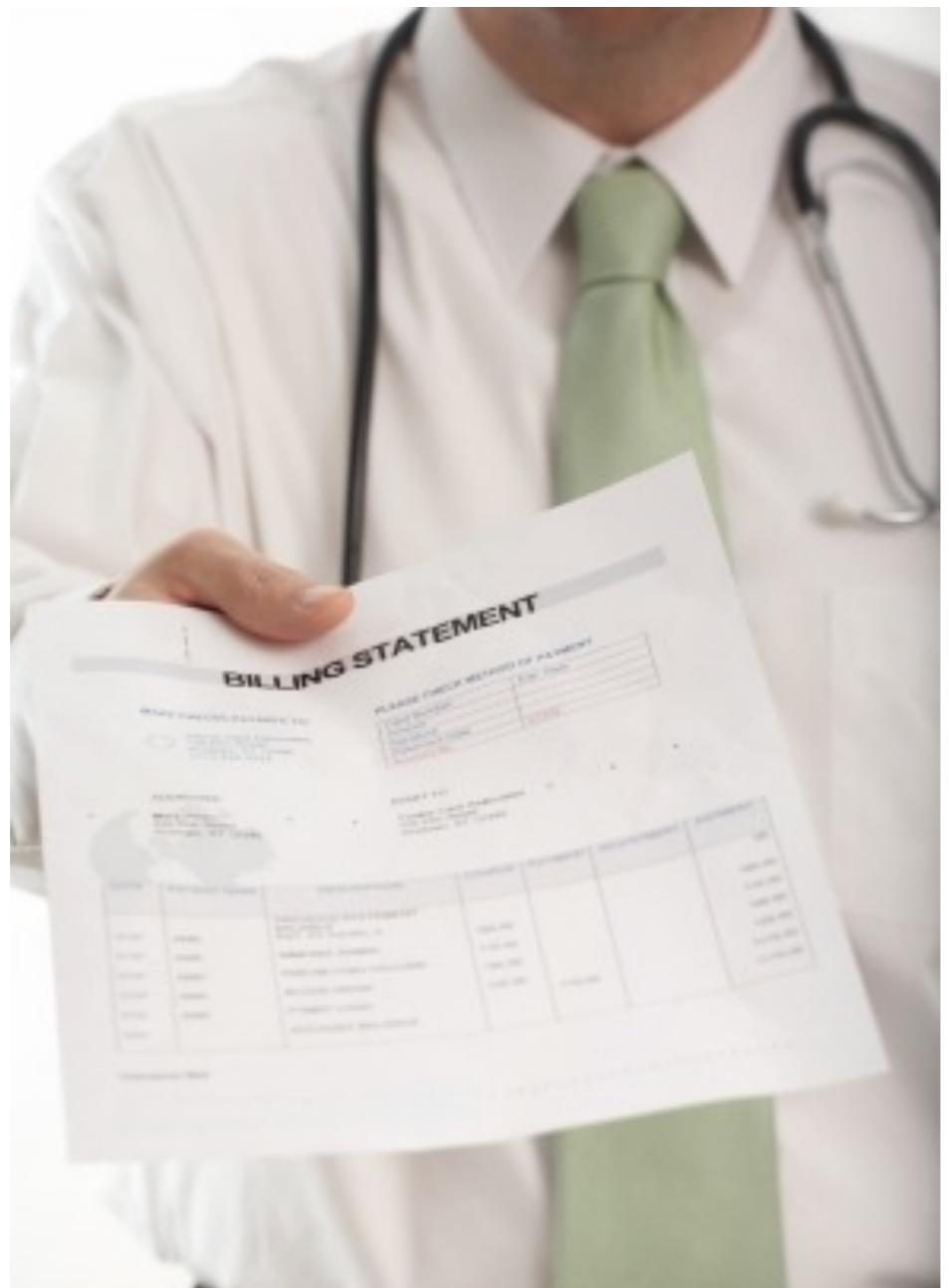
*A version of this commentary appeared in The Huffington Post, Troy Media and the Mark.*

**May 2011**

## SECTION 2

# North American fads, fallacies and foolishness in healthcare reform

THEODORE MARMOR



A curious development has emerged in right wing versions of 'Medicare' reform in both Canada and the United States: the embrace of European models of public healthcare financing and delivery. Who would have thought the Fraser Institute would celebrate the universal health insurance mandates of Switzerland and The Netherlands or call for Canada to embrace the cost-sharing and 'regulated competition' between private and public insurers in Germany, France, and other EU nations? Who would have imagined that the Republican leaders in the House of Representatives would laud the Swiss and Dutch reforms as well?

Though Canada's medicare is structurally similar if much broader than the U.S. program, conservative pundits make quite similar arguments about European reform models, but say nothing to or about each other. Instead, one finds faddish embrace of an imagined European model, fallacious claims about the wonders of their supposed regulated competition, and foolish arguments about how patient cost-sharing will bring costless cost control.

The Fraser Institute's senior fellow Nadeem Esmail, for example, explained in late April that Canada's three political parties were "drinking the same Kool-aid" in ignoring that more money for medicare "has little to do with how much money we spend," but a lot to do with medicare's lack of patient cost-sharing. In the same month, the Republican Party's take on the U.S. version of Medicare (for retirees and the disabled) was quite similar. Congressman Paul Ryan of Wisconsin forcefully argued that the U.S. cannot afford

Medicare's current structure of common benefits, contending that a competitive market for health insurance is required for fiscal sustainability. Both conservatives claimed European models supported their views, citing supposed Swiss and Dutch success with regulated competition among private insurers. But both the diagnoses and the remedies turn out to be ideologically driven, bolstered by mythical portraits of European experience and factually flawed claims about the wonders of patient cost-sharing.

The common fallacious assumption is that Europe shares a set of policies that can serve as models of more efficient, effective, and fairer healthcare financing and delivery. Sweden, Switzerland, France, Germany, and the Netherlands are supposedly free of waiting lists, use patient cost-sharing to constrain medical inflation, perform better on health measures, and permit parallel private financing and provision in ways barred in Canada. In the United States, Representative Ryan, along with pundits in the Heritage Foundation and the *Wall Street Journal*, earnestly commend the universal health insurance arrangements of Switzerland and the Netherlands for their programs where citizens are required to buy health insurance (with some subsidies) from private health insurers competing for their business. In all these claims, the central premise is that having citizens acting as consumers (of insurance products or healthcare services) is the right approach to righting the wrongs of both North American Medicare programs.

Yet none of these assumptions can be defended with reliable evidence. Take, for example, the contention that regulated competition among health insurers restrains medical inflation through consumer pressures. Switzerland (since 1996) and Holland (since 2006) are the two nations that tried this form of universal health insurance. Neither had the celebratory experience attributed to them by the North American pundits. Rather, both experienced rapid expansion in their outlays for medical care as well as substantial increases in the administrative costs of providing and regulating health insurance. For example, Switzerland became the second most expensive medical care system in the world in the wake of its 1996 reforms. The complexities of varying subsidies in the Dutch case, to take another illustration, prompted an increase of more than 500 tax officials after 2006. Regulated competition is a faddish notion, with its market language appealing to those already persuaded that market allocation always trumps programs administered like Medicare. Such views rest on ideological conviction, not evidence, though few North Americans will know the truth because of the propaganda crossing the Atlantic that is in turn amplified.

The contemporary promotion of competitive reform proposals suffers from another and more profound problem: its faith in patient cost-sharing either when buying insurance or at the time of using medical care. This faith is akin to religious belief, sustained by repetition and misleading analogies. So, for instance, a Microeconomics textbook (by Katz and Rosen) states generally that "if bread were free, a huge quantity of

bread would be demanded...and the price system [rations the bread such that] everyone who is willing to pay the price gets the good and everyone who is not, does not." If you substitute healthcare for bread in this example you have the case for making patients — and insurance buyers — pay, or, in the language of the marketplace, have 'skin in the game.' Since the 1970s, a number of economists have favored making the insured the agents of cost control by having their purchase of health insurance sensitive to price. The idea is simple: the more generous the coverage, the more the insured pays. The fact that no industrial democracy in the world relies on such policies for their demonstrated restraint on medical spending is an empirical fact that does not dampen the idea's promotion.

The case against patient cost-sharing at the time of service is even stronger. No industrial democracy depends on cost-sharing policy as a primary tool for cost control and for good reason. (Their role in western European health programs is in fact quite modest). Deductibles inhibit access to preventive and other beneficial medical care. Co-insurance also redistributes the costs of healthcare in ways that more seriously harm chronically ill and low-income patients. These distributional effects are precisely what Medicare in both Canada and the United States was originally designed to avoid. North America would be better off without these healthcare zombies from an illusory Europe.

*Theodore Marmor is the author of *Fads, Fallacies, and Foolishness in Medicare Care Management and Policy**

*(2009) and Professor Emeritus of Political Science and Public Policy at Yale University. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

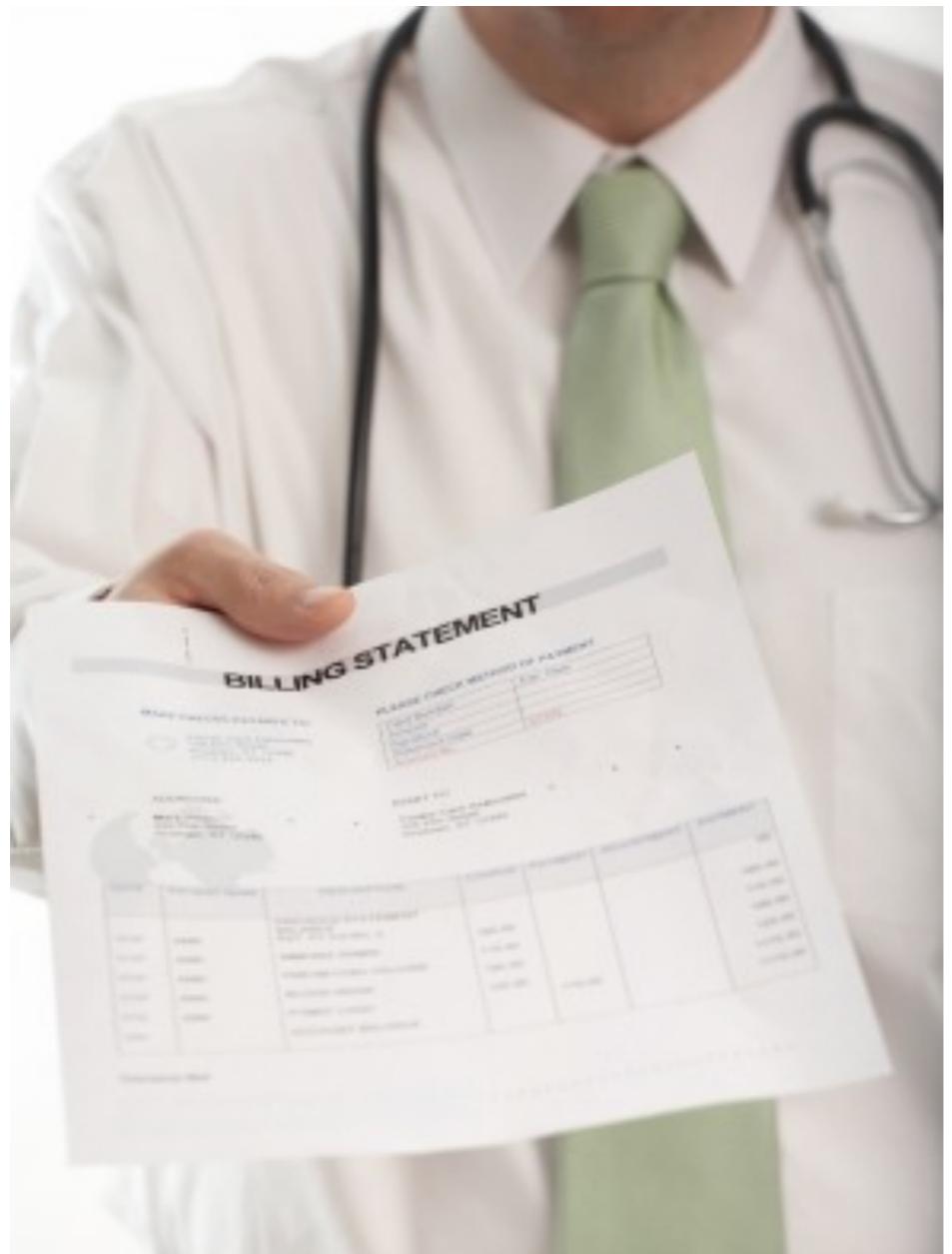
*A version of this commentary appeared in the Hill Times, Troy Media and The Huffington Post.*

**May 2011**

### SECTION 3

# Les modes, les illusions et les absurdités nord-américaines en matière de réforme des soins de santé

THEODORE MARMOR



Une curieuse tendance se dessine dans les modèles de réforme du régime d'assurance maladie proposés par les partis de droite, tant au Canada qu'aux États-Unis. On assiste en effet à l'adoption de modèles européens de financement et de prestation des soins de santé publics. Qui aurait cru que l'Institut Fraser célébrerait les obligations d'assurance maladie universelle de la Suisse et des Pays-Bas ou demanderait au Canada d'adopter les pratiques de « participation aux frais » et de « concurrence réglementée » entre assureurs privés et publics ayant cours en Allemagne, en France et dans d'autres pays de l'UE? Qui aurait imaginé que les chefs du Parti républicain à la Chambre des représentants feraient aussi l'éloge des réformes de la Suisse et des Pays-Bas?

Bien que la structure du régime d'assurance maladie canadien soit semblable à celle du régime américain, tout en étant beaucoup plus large, les pontifes ou experts conservateurs des deux pays invoquent des arguments très semblables sur les modèles de réforme mis en œuvre en Europe, tout en ne se parlant pas et en ne faisant aucun commentaire sur leur régime respectif. On observe plutôt un engouement pour un modèle européen imaginé, des déclarations fallacieuses sur les merveilles de sa prétendue concurrence réglementée et des arguments absurdes sur la façon dont la participation des patients aux frais permettra un contrôle des coûts sans frais.

Ainsi, Nadeem Esmail, qui est agrégé supérieur à l'Institut Fraser, a expliqué l'an dernier que les trois partis politiques du Canada « buvaient le même Kool-Aid » (ou adhéraient

aveuglement à la même croyance) en ignorant qu'avoir plus d'argent pour le régime d'assurance maladie « a peu à voir avec le montant dépensé », mais beaucoup avec le fait que les patients ne participent pas aux frais. Au cours du même mois, le Parti républicain a exprimé un point de vue très semblable sur la version américaine du régime d'assurance maladie (pour les personnes retraitées et handicapées). Paul Ryan, qui est membre du Congrès du Wisconsin, a soutenu avec véhémence que les É.-U. n'ont pas les moyens d'avoir leur régime d'assurance maladie actuel fondé sur le partage des avantages et a prétendu qu'un marché concurrentiel pour l'assurance maladie est essentiel à la viabilité budgétaire. Les deux conservateurs ont affirmé que leurs points de vue s'appuyaient sur les modèles européens et cité le soi-disant succès des régimes de la Suisse et des Pays-Bas reposant sur la concurrence réglementée entre les assureurs privés. Toutefois, tant les diagnostics que les solutions s'avèrent être motivés par des considérations idéologiques et reposent sur des représentations mythiques de l'expérience européenne et sur des affirmations erronées quant aux prodiges de la participation des patients aux frais.

Une supposition courante erronée consiste à croire que l'Europe partage un ensemble de politiques pouvant servir de modèles pour un financement et une prestation des soins de santé plus efficaces, plus efficaces et plus justes. La Suède, la Suisse, la France, l'Allemagne et les Pays-Bas n'auraient prétendument pas de listes d'attente, utiliseraient la participation des patients aux frais pour contenir l'inflation

des frais médicaux, auraient de meilleurs résultats quant aux mesures d'hygiène et permettraient l'utilisation de modes de financement et de prestation de services privés parallèles qui sont interdits au Canada. Aux États-Unis, le représentant Paul Ryan, ainsi que des experts de la Heritage Foundation et du Wall Street Journal, recommandent sérieusement l'adoption des programmes d'assurance maladie universelle de la Suisse et des Pays-Bas, pays où les citoyens doivent souscrire une assurance maladie (avec certaines subventions) auprès d'assureurs privés qui se font concurrence pour les attirer comme clients. Toutes ces déclarations reposent sur le principe de base voulant que la bonne façon de réparer les injustices des deux programmes d'assurance maladie nord-américains consiste à demander aux citoyens d'agir comme des consommateurs (de produits d'assurance ou de services de soins de santé).

Ces suppositions sont cependant sans fondement fiable. Prenons par exemple l'affirmation voulant que la concurrence réglementée entre les assureurs de soins médicaux restreigne l'inflation des frais médicaux grâce aux pressions exercées par les consommateurs. La Suisse (depuis 1996) et la Hollande (depuis 2006) sont les deux nations qui ont mis à l'essai cette forme d'assurance maladie universelle. Aucune n'a eu de raison de célébrer comme le laissent croire les experts nord-américains. Les deux ont plutôt enregistré rapidement une hausse de leurs dépenses engagées dans les soins de santé ainsi que de fortes augmentations des coûts administratifs associés à la fourniture et à la réglementation de l'assurance

maladie. Par exemple, à la suite des réformes qu'elle a mises en œuvre en 1996, la Suisse occupe le deuxième rang mondial du régime de soins de santé le plus coûteux. La complexité des différentes subventions dans le cas des Pays-Bas, pour prendre un autre exemple, a occasionné l'embauche de plus de 500 nouveaux agents du fisc après 2006. La concurrence réglementée est une notion à la mode, et son langage de marché attire ceux qui sont déjà convaincus que le partage du marché éclipse toujours les programmes administrés comme le régime d'assurance maladie. De telles opinions reposent sur une conviction idéologique et non sur des preuves, même si peu de Nord-Américains connaîtront la vérité en raison de la propagande venue de l'autre côté de l'Atlantique, qui à son tour est amplifiée.

La défense actuelle des propositions de réforme concurrentielle souffre d'un autre problème plus profond : sa confiance dans la participation des patients aux frais, que ce soit lors de l'achat de l'assurance ou au moment de recevoir les soins médicaux. Cette confiance ressemble à une croyance religieuse qui serait maintenue par la répétition et des analogies trompeuses. Par exemple, il est affirmé dans le manuel de microéconomie *Microeconomics* de Katz et Rosen qu'en général, si « le pain était gratuit, la demande de pain serait extrêmement élevée... et le système de prix [rationne le pain de telle sorte que] quiconque est prêt à payer le prix obtient le bon pain et toutes les personnes qui ne le sont pas, n'en ont pas. » Si on remplace dans cet exemple le pain par des soins de santé, on fait en sorte que les patients — et les

acheteurs d'assurance — paient, ou, comme on le dit sur le marché, « prennent une partie des coûts à leur charge ». Depuis les années 1970, certains économistes ont appuyé le principe faisant des assurés des agents de contrôle des coûts en rendant leur achat d'assurance maladie sensible aux prix. L'idée est simple : plus la couverture est généreuse, plus le montant payé par la personne assurée est élevé. Le fait qu'aucune démocratie industrielle du monde ne compte sur de telles politiques pour restreindre ses dépenses médicales constitue un fait empirique qui ne freine pas la promotion de cette idée.

Les arguments contre la participation des patients aux frais sont encore plus percutants au moment de la prestation des services. Aucune démocratie industrielle ne compte sur la politique de la participation aux frais comme principal outil de contrôle des coûts et cela, pour une bonne raison. (En fait, son rôle dans les programmes de santé des pays de l'Europe occidentale est très modeste). Les franchises limitent l'accès aux soins médicaux préventifs et autres soins bénéfiques. Aussi, la façon dont la coassurance redistribue les coûts des soins de santé nuit encore plus aux personnes atteintes d'une maladie chronique et à celles à faible revenu. C'est précisément pour contrer ces effets de répartition qu'on a créé initialement les régimes d'assurance maladie au Canada et aux États-Unis. L'Amérique du Nord serait donc bien mieux sans ces zombis des soins de santé venus d'une Europe illusoire.

*Theodore Marmor* est l'auteur du livre *Fads, Fallacies, and Foolishness in Medicare Care Management and Policy* (2009) et professeur émérite de science politique et de politique publique à l'Université Yale. Il est aussi conseiller expert auprès d'EvidenceNetwork.ca.

**mai 2011**

## SECTION 4

# Making patients pay won't make our health system more affordable

RAISA DEBER AND NORALOU ROOS



Here it comes again — an idea that surfaces regularly in Canadian healthcare debates and seems to hold sway with those who advocate common sense principles: user fees.

Some people think that charging patients when they use the health system would help control healthcare costs, ensure that people are getting the care they need and are not overusing the system. Others believe that user fees would bring in much-needed revenue.

Unfortunately the evidence doesn't support the aspirations. Research to date suggests two good reasons why patient financed healthcare doesn't make sense.

First, user fees discourage patients from seeking both necessary and unnecessary care. This is often penny wise and pound foolish.

Some claim that user fees are benign because they discourage only frivolous use. That assumes that most people have the expert knowledge to know what care is needed. A host of studies have found the opposite. One U.S. study published in the *New England Journal of Medicine* involving fairly healthy adults showed that user fees led to a 20 per cent increase in risk of death for people with high blood pressure because people were less likely to see a doctor and get their blood pressure under control.

The same thing happened in Canada in 1996, when Quebec began requiring patients to pay part of the cost of all drugs purchased. As a result, according to a study in the *Journal of*

*the American Medical Association*, patients reduced their use of less essential drugs and essential drugs, with negative effects on their health including serious adverse events and increased emergency department visits.

Faced with user-fees, the evidence shows that people often do without preventative care and chronic disease management. User fees mean we have to decide whether or not symptoms warrant medical attention. For example, when a child has a fever, most parents don't know whether it's the flu or the onset of meningitis. Do we really want parents to make the decision about whether to take their child to the doctor on the basis of whether the user fee will leave enough money to pay the rent?

Which leads to the second finding.

Healthcare financed by patients does not save money. It may transfer costs from third-party payers to patients, but the total cost is often higher. Indeed, this helps explain the contradictory beliefs noted above — if user fees bring in new revenue, they cannot simultaneously control costs.

One reason relates to what happens to resources not used by those discouraged from seeking care. While user fees sometimes discourage sick people from filling hospital beds or booking doctors appointments, research shows that these freed up resources are not closed down. Instead, they often end up providing people who can more easily afford the user fees care they may not need. That is, user fees may — ironically — encourage unnecessary or marginally useful care

in order to make sure the physicians and hospital beds available stay busy.

Individual patients also have less ability to negotiate prices, particularly when they are very ill. In other words, it may cost more to buy the same.

Let's face it: most people don't want a heart transplant or a hip replaced just because they're free. Doctors, not patients, determine who gets access to most healthcare treatments. So what do user fees really discourage? They discourage the frugal and the poor from getting the care they really need.

When the patient pays, buying insurance is typically part of the package — unfortunately, that package can change rapidly. A recent report from the U.S. based Commonwealth Fund describes sharp rises in premiums for employer-sponsored family plans over the period 2003 to 2009 with premiums increasing more than three times faster than median incomes. Deductibles have also risen nearly 80 per cent over this period. And it is precisely the sickest — who need the most care — who have the greatest trouble in finding an insurance company willing to cover them.

One type of user fee that might make sense was recently proposed in Europe: add user fees to low value services and eliminate them from high value services. But that takes a lot of work up front to figure out what medical care works and what doesn't and for whom, and to convince patients and providers that these decisions are accurate. No one has yet tried this approach.

The scientific evidence supporting publicly financed care is long and strong. So why do discredited ideas like user fees keep coming back?

Dr. Bob Evans and his colleagues have examined this issue and refer to user fees and related ideas as 'zombies.' That's because they have been killed off repeatedly by the scientific evidence, but, just like zombies, they keep bouncing back to life to wreak havoc with our public policy.

*Noralou Roos is Professor of the Faculty of Medicine at the University of Manitoba and the co-founder of EvidenceNetwork.ca. Raisa Deber is a Professor of Health Policy, Management and Evaluation at the Faculty of Medicine, University of Toronto, and an Expert Advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the The Toronto Star, iPolitics.ca and The Montreal Gazette.*

**July 2011**

# Canadians pay too much for generic drugs

Time to turn savings from generics into drug coverage for all

MICHAEL LAW



Would you pay \$60 for a large coffee at Tim Horton's? How about \$500,000 for a Toyota Corolla? You probably wouldn't, but consider this: compared to other countries, this is how inflated Canadian prices are for some generic prescription drugs.

That our generic drug prices are high is no great secret, and recently nearly every provincial government has taken steps to lower prices. However, instead of leveraging competition to get lower pricing, thus far our governments have stuck to their old — and arbitrary — formula of paying a percentage of the equivalent brand name price. Ontario has gone the furthest and reduced prices to 25 per cent of the equivalent brand name drug.

Paying one-quarter of the brand price might sound like a great deal, but it isn't.

This week the *Centre for Health Services and Policy Research* at the University of British Columbia published a [paper](#) where I demonstrate that Ontario pays nearly a quarter of a billion dollars more every year for the top 100 generic drugs compared to prices in other countries.

Since Ontario has the lowest prices in Canada, this means every other province is overpaying too.

The amount we're overpaying varies by drug. For some drugs, the difference is huge: while Ontario pays 62.5 cents for one 20mg tablet of simvastatin, New Zealand pays 2.4 cents. In fact, the price in New Zealand dropped to 1.8 cents after the

research for the paper was completed, while Ontario's stayed the same. That means Ontarians now pay 36 times more than New Zealanders for the same drug: just like the costly coffee, or the half-million dollar compact car.

The good news is that change should be coming soon.

In June, Canadian premiers agreed to flex their collective buying power to drive down generic prices using competitive purchasing strategies. This week, the Ministers of Health from across Canada are meeting in Halifax to discuss the details. This is sound policy, and is long overdue.

The savings possible from these changes would be positive and almost immediate — and would provide essential new health dollars that could be reinvested back into the system.

Here's a sobering statistic: while Canadian medicare covers medically necessary hospital and physician services, we still pay around \$5 billion out of our own pockets for prescription drugs every year. The result: one in 10 Canadians can't afford their prescription drugs, and others are facing grim trade-offs between buying their needed prescription drugs, and food or rent.

Health policy advisors and academics have been proposing solutions to gaps in our drug coverage for decades. Many proposals to date have suggested massive changes to our complex and multi-billion dollar system of drug coverage. It's like moving mountains from a political perspective — and not likely to happen any time soon.

This is where generic drugs come in. Better pricing for generic drugs offer us a real opportunity to improve drug coverage in an incremental and achievable way.

Let's go back to simvastatin. Ontario's public drug program spent \$6.7 million on 20mg tablets of simvastatin in 2009. At the best international price, the province would have spent \$0.3 million — a savings of \$6.4 million.

Paying to cover all the simvastatin used in the province would only cost a small amount more: \$0.5 million in total. Thus, there would still be \$6.2 million in public sector savings. Universal coverage — coverage for every person in the province that needed the drug with no out-of-pocket charge — would still save money.

The findings don't just apply to simvastatin. In fact, there are more than 30 generic drugs where the total savings per drug under universal coverage would be more than \$1 million in Ontario alone. Universal public coverage of every one of the top 100 generics would still save \$87 million in public funds if we got the best international prices. It would also benefit everyone by saving employers and individuals \$158 million off their prescription drug bill.

Along with saving precious public funds, better drug coverage would result in fewer Canadians being unable to afford their prescription drugs, and improve their health as a result.

Working toward competitive generic drug pricing is essential, and this week the Ministers of Health should continue work

on this important initiative. But let's also seize this opportunity to make drug coverage more comprehensive for all Canadians. It makes both health sense and financial sense. Let's not order any more \$60 coffees.

*Michael Law is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and an Assistant Professor at the Centre for Health Services and Policy Research, School of Population and Public Health at the University of British Columbia.*

*A version of this commentary appeared in the Hill Times, Vancouver Province and the Toronto Star.*

**October 2012**

# Why, in a sea of pink, are so many cancer patients in the red?

STEVE MORGAN



Like many families, mine has been touched by cancer. Most recently, and in a cruel coincidence, both my mother and mother-in-law were diagnosed with cancer this summer. Relatively speaking, my mom was lucky in terms of both clinical and financial prognoses.

As is the case for many who come to need it, the Canadian system was there for my mom when she was sick. Yes, there are aspects of her care that could and should be improved. But on the whole she received quality care in a timely fashion.

Because of the nature of the care she received — a combination of medical care, diagnostic tests and surgery — virtually all of the cost of the care my mom needed was covered by ‘medicare’ as we know it. She did not have to bear significant financial loss on top of the already stressful experience of cancer diagnosis.

My mother-in-law was not so lucky.

Because of the nature of the cancer she has, my mother-in-law’s treatments are going to be much lengthier. She is supported by a loving family, but she won’t be fully supported by medicare. This is because Canadian medicare care only covers the costs of medically necessary physician, diagnostic and hospital services.

As is increasingly common, my mother-in-law’s cancer care will primarily be delivered at home. So, while our medicare system will cover the cost of her surgeries, tests and inpatient

chemotherapy, it will leave her paying out-of-pocket for most of the prescription drugs she needs to treat her cancer.

She is not alone. Cancer patients often need prescription drugs after they leave the hospital. These drugs control nausea and pain; in some cases, they are an active part of the chemotherapy. The problem is that medicare only covers prescription drugs used in hospital — as if no prescription drug used outside a hospital could be considered truly medically necessary.

For cancer patients, the drug bills can add up. In some cases, thousands can be spent each month, adding a significant financial strain for families that are already experiencing a tremendous emotional burden.

There is, of course, a patchwork of public drug programs offered by provincial governments. But that patchwork has gaping holes. In some provinces, patients receive no public coverage unless they are elderly or on social assistance. In BC — where my mother and mother-in-law both live — patients face thousands of dollars in personal drug expenses before government coverage kicks in.

My mother-in-law is lucky in the sense that, being a retired nurse, she has prescription drug coverage offered as part of her retirement package. But many other cancer patients are not so lucky — in part because private insurance is an increasingly costly benefit that employers are more and more reluctant to pay for, especially for their retirees.

The problem is that too few Canadians realize that they don't have much, if any, coverage for prescription drugs. And too many Canadians only find this out when they get sick — and then face considerable financial burdens or, worse, real barriers to accessing the healthcare they need.

The solution found in most countries is a system of universal coverage for prescription drug needs. In the Canadian context, the best way to achieve this is to expand medicare to cover medically necessary pharmaceuticals.

Limits would be needed to ensure that only medicines of proven value are covered. And the system would need to leverage its purchasing power to achieve low prices — the way every hospital in Canada does for drugs they provide to patients. But such a system would ensure that everyone would get the medicines they truly need, when and where they need them. Canadians should demand no less.

Thus, the next time cancer charities lobby government or the next time that Canadians walk, run, or ride in a cancer fundraiser, I hope they consider advocating for patients as much as they advocate for a cure. I am certain we would be marching in protest if our hospitals started charging patients thousands of dollars for their cancer surgeries. Why shouldn't we protest similar charges to patients every time they have to fill a prescription outside the hospital setting?

Location of care shouldn't matter. Really, shouldn't every cancer patient have access to necessary medications without incurring financial hardship on top of the burden of disease?

*Steve Morgan* is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and Associate Professor and Associate Director of the Centre for Health Services and Policy Research at the University of British Columbia.

*A version of this commentary appeared in the Hill Times, the Toronto Star and the Vancouver Sun.*

**October 2012**

# Pourquoi, dans une mer de rose, tant de patientes atteintes de cancer se retrouvent-elles dans le rouge?

STEVE MORGAN



À l'instar de nombreuses familles, la mienne a été touchée par le cancer. Récemment, cet été, une cruelle coïncidence a voulu que ma mère et ma belle-mère reçoivent toutes deux un diagnostic de cancer. Ma mère a été relativement chanceuse dans ses pronostics, tant sur le plan clinique que sur le plan financier.

Comme c'est le cas pour bien des personnes qui en viennent à y faire appel, le système canadien a bien répondu aux besoins de ma mère quand elle est tombée malade. Bien sûr, certains aspects des soins qu'elle a reçus pourraient et devraient être améliorés. Mais en général, elle a bénéficié de soins de qualité, fournis en temps opportun.

En raison de la nature des services reçus – une combinaison de soins médicaux, de tests diagnostiques et de chirurgie –, pratiquement tous les coûts des soins dont ma mère a eu besoin ont été couverts par l'« assurance-maladie » telle que nous la connaissons. Elle n'a pas eu à subir de perte financière importante en plus de vivre l'expérience déjà stressante que représente un diagnostic de cancer.

Ma belle-mère n'a pas eu autant de chance.

En raison du type de cancer dont elle est atteinte, ma belle-mère doit recevoir des traitements beaucoup plus longs. Si elle jouit du soutien d'une famille dévouée, elle ne bénéficie toutefois pas du soutien plein et entier de l'assurance-maladie. Cela s'explique par le fait que le régime canadien d'assurance-maladie ne couvre que les coûts liés aux services

médicaux, hospitaliers et diagnostiques médicalement nécessaires.

Comme cela se produit de plus en plus couramment, ma belle-mère recevra la plupart de ses soins à la maison. Ainsi, tandis que notre système d'assurance-maladie couvre les interventions chirurgicales qu'elle doit subir, ainsi que les tests et la chimiothérapie administrée dans le cadre hospitalier, ma belle-mère devra payer de sa poche la plus grande partie des médicaments sur ordonnance dont elle aura besoin pour guérir de son cancer.

Et elle n'est pas la seule dans cette situation. Les patientes atteintes de cancer ont souvent besoin de médicaments sur ordonnance lorsqu'elles quittent l'hôpital. Ces médicaments permettent de réduire la nausée et de soulager la douleur et, dans certains cas, constituent un agent actif du traitement de chimiothérapie. L'inconvénient, c'est que l'assurance-maladie ne couvre que les médicaments administrés à l'hôpital, comme si aucun médicament sur ordonnance utilisé à l'extérieur de l'hôpital ne pouvait être considéré comme étant véritablement médicalement nécessaire.

Pour les patientes atteintes de cancer, les factures de médicaments peuvent atteindre des montants élevés. Dans certains cas, des milliers de dollars y sont consacrés chaque mois, ce qui exerce sur les familles une importante pression financière qui vient s'ajouter à l'énorme fardeau émotionnel avec lequel elles sont déjà aux prises.

Il existe bien sûr ça et là divers programmes publics d'assurance médicaments offerts par les gouvernements provinciaux. Mais ces programmes comportent d'importantes lacunes. Dans certaines provinces, les patients ne bénéficient d'aucune couverture à moins de faire partie du troisième âge ou d'être bénéficiaires de l'aide sociale. En Colombie-Britannique, où habitent ma mère et ma belle-mère, les patients doivent engager personnellement des dépenses pouvant atteindre des milliers de dollars en médicaments avant de pouvoir se prévaloir de l'assurance gouvernementale.

Ma belle-mère a toutefois la chance d'être une infirmière retraitée, et elle possède une assurance couvrant les médicaments sur ordonnance dans le cadre de son régime de retraite. Mais de nombreuses patientes atteintes de cancer n'ont pas autant de chance, en partie parce que les assurances privées constituent un avantage de plus en plus coûteux pour lequel les employeurs hésitent de plus en plus à débourser, en particulier pour leurs employés à la retraite.

Malheureusement, trop peu de Canadiens et de Canadiens sont conscients du fait qu'ils disposent d'une couverture très limitée pour les médicaments sur ordonnance, en supposant qu'ils en aient une. Et trop d'entre eux ne découvrent cette réalité que lorsqu'ils tombent malades. Ils se retrouvent alors aux prises avec un fardeau financier considérable ou, pire, face à d'importants obstacles qui les empêchent d'avoir accès aux soins de santé dont ils ont besoin.

La solution adoptée par la plupart des pays a été l'institution d'un système d'assurance universelle couvrant les médicaments sur ordonnance. Dans le contexte canadien, la meilleure façon d'atteindre cet objectif serait d'élargir la portée du régime d'assurance-maladie afin de couvrir les produits pharmaceutiques médicalement nécessaires.

Il faudrait instituer des limites pour s'assurer que seuls les médicaments dont la valeur a été éprouvée sont couverts. Et le système devrait optimiser son pouvoir d'achat de manière à obtenir des bas prix, comme le font tous les hôpitaux du Canada pour les médicaments qu'ils administrent aux patients. Un tel système ferait en sorte que tous et toutes pourraient obtenir les médicaments dont ils ont réellement besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin. La population canadienne ne devrait pas exiger moins que cela.

Ainsi, la prochaine fois que des organismes caritatifs de lutte contre le cancer feront du lobbying auprès du gouvernement ou que les Canadiens et les Canadiennes décideront de marcher, de courir ou de rouler à bicyclette dans le cadre d'un événement de collecte de fonds voué à la lutte contre le cancer, j'espère qu'ils songeront à plaider en faveur des patients autant qu'à pousser pour la découverte d'un remède. Je suis persuadé que nous sortirions dans les rues pour protester si nos hôpitaux se mettaient à exiger des milliers de dollars à leurs patients pour leurs chirurgies contre le cancer. Alors, pourquoi ne pas protester contre ces frais qui sont imposés aux patients chaque fois qu'ils doivent exécuter une ordonnance à l'extérieur du cadre hospitalier?

L'endroit où les soins sont obtenus ne devrait avoir aucune importance. Franchement, les patients atteints de cancer ne devraient-ils pas tous avoir accès à des médicaments essentiels sans se voir accablés par des difficultés financières en plus de devoir faire face à la maladie?

*Steve Morgan est conseiller expert auprès d'EvidenceNetwork.ca ainsi que professeur agrégé et directeur associé du Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique.*

*Une version de ce commentaire est parue dans le Devoir octobre 2012*

# Sustainability

# Time for Canada to improve our healthcare performance

COLLEEN FLOOD



Canadians are proud of our universal public healthcare system, but a recent report from the Conference Board of Canada underscores the danger of resting on our laurels. Of seventeen countries reviewed Canada has the fourth highest levels of health spending, and yet ranks only 10<sup>th</sup> in leading health indicators, such as life expectancy and infant mortality.

Such rankings necessarily involve simplification. Canada's performance is neither as good nor as bad as these rankings suggest depending on what you count as performance measures. Many Canadians would consider reduced wait times a desirable outcome in itself, independent of effects on life expectancy and infant mortality. And countless variables — other than inefficiency of the health system — may be to blame for our relatively poor health outcomes. Access to healthcare itself is estimated to affect just 20 per cent of health status.

Nonetheless, we must reflect on the Conference Board's findings as the federal and provincial governments limber up for the next round of negotiations over how much money and/or tax points to transfer for healthcare. What is the evidence for more and more spending on healthcare? What do we really gain and what do we give up in spending more on healthcare? And how could we get better value for our healthcare spending?

There are three take-home lessons when we look at Canada's performance relative to other countries.

First, despite our shortcomings, we always outperform the U.S. Out-performing the U.S. is a bit like shooting fish-in-a-barrel when it comes to healthcare and Canadians deserve far better than this as the only metric of success. Nonetheless, this fact strongly cautions against greater reliance on private insurance and financing and magic market solutions. It is important to hang on to the fact that the ‘public’ part of our healthcare system is where we seem to have the best cost-control, the ‘private’ part that has seen unsustainable increases.

Second, we should not assume that by spending more, we necessarily get more — be it life expectancy or things like diagnostic tests, physician visits, etc. It may be that we are just paying higher prices.

The Conference Board notes the two outliers in their study are the U.S. and Japan. The U.S. spends the most and finishes last in terms of health outcomes; Japan spends the least and finishes first. One important difference as the Board notes is that U.S. prices are approximately 25 per cent higher than the average; Japan’s prices are 25 per cent lower. An important question for Canada is how we can pay less and get more.

Provincial health insurance plans, following international examples from Australia and New Zealand, should do more to negotiate prices with drug companies — paying more for break-through innovations and much less for those me-too drugs. And we must continually work at designing payment systems for health professionals that reward evidence-based,

safe and effective care and dissuade them from providing anything other. We need to recognize that more healthcare is not always better, and is frequently harmful — both to the patient and the sustainability of the system as a whole. We need to be more savvy as health consumers, saying no to high-priced ‘innovations’ that provide very little benefit; having the strength to say no will enhance our bargaining power with suppliers, turn us from price-takers to price-makers, and incentivize real innovation.

Third, our system needs to better serve those with complex chronic diseases, because those are the folks most likely to fall through the large cracks in our present system — resulting in suffering, poorer health outcomes and increased cost. Countries that punch above their weight in terms of performance and/or have seen improvements in recent years have invested in primary care reform. As many Canadians know from their day-to-day experience, we lag behind on primary care measures such as wait times, access to after-hours care, the delivery of chronic care, the employment of electronic health medical records, and the coordination of care between health professionals.

Instead of learning from path-breaking jurisdictions on this front and enacting real reforms, we as Canadians insist on revisiting sterile debates about public vs. private. Because we can’t seem to put to bed the zombie that nirvana exists out there if we only embraced more private financing or private delivery we never seem to get around to needed healthcare reform.

By recent estimates Canadians spend around \$192 billion annually on healthcare — making this an industry equivalent to three Microsoft corporations. We shouldn't be surprised that there are no simple fixes for something of this scale and the Conference Board rightly calls for us to grapple with the complexity of healthcare issues.

There are no romantic, sweep-you-off-your-feet solutions from other places, but we need to get up off our comfy bed of laurels and engage in the hard, thoughtful work required to lift our game in healthcare performance.

*Colleen M. Flood is the Canada Research Chair in Health Law and Policy, Faculty of Law at the University of Toronto. She is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Troy Media and the Winnipeg Free Press.*

**May 2011**

# Time for Ottawa to change course on healthcare

## *More money is not the solution*

ALLAN MASLOVE



The current federal-provincial Accord governing the Canada Health Transfer expires in 2014 and the early preparations for the next round of negotiations are getting underway. At this stage, signs are not encouraging. The Harper government appears to want to get Ottawa out of the health sector as much as possible; so its primary objective is likely to be restraining the growth of the transfer beyond 2014, with little concern for the programmatic content of the next accord. The provinces, as always, will want to maximize the transfer while seeking to avoid any commitments in return.

Obviously, the money is important, but it should not be the only issue or even the most important issue in the upcoming negotiations. The current arrangements are seriously flawed, so simply extending them for a further five or 10 years will not do. The current fiscal arrangements, because they do not require the provinces to make any meaningful performance commitments, are incapable of being an effective instrument to help resolve well-known problems and bottlenecks in Medicare. Take just one example. Inadequate long-term and home care capacity has been repeatedly identified as being a critical factor in unacceptably long wait times and hospital over-crowding. Nothing in the current Accord addresses this issue effectively. Yes, simply providing money helps, but effective targeting would help much more.

At the same time, ambiguity and lack of transparency are the hallmarks of the current financial arrangements probably because this suits all governments for different reasons. Ottawa likes to claim a share of the political credit for

supporting medicare, but, when criticisms arise, is quick to note that responsibility lies with the provinces. The provinces like to assert their jurisdiction over healthcare but never hesitate to point to ‘inadequate funding’ from Ottawa to explain away failures. It is no surprise when ordinary patients and taxpayers are confused about where to focus their attentions when they have concerns or criticisms.

Can we get beyond this? Of course, but it would require Ottawa to change course and recognize that it has an important role to play in healthcare. The vision of federalism where each order of government operates in its own spheres in splendid isolation is not realistic (and arguably never was) in a world where resources, capital and, most of all people are more mobile than they have ever been. Ottawa must be prepared to assert — while recognizing provincial jurisdiction — that it is justified in expecting identifiable progress for the billions of dollars it already provides and the additional billions it will be expected to provide in the future. (After all, they are not hesitant to insist on value-for-money in their own direct spending programs, so why not here as well?) And it would require the provinces to recognize — while maintaining their authority over healthcare — that there are national interests in medicare that lie behind the billions that Ottawa contributes.

Assuming that Ottawa is open to representing the national interest in health, here is one suggestion of what an alternative arrangement might look like. A modified model of federal-provincial fiscal arrangements seemed to be emerging

several years ago around the federal transfer of gas tax revenues to municipalities (via the provinces) for infrastructure investment and around the previous government’s child day care program. (The latter was cancelled by the Harper government before it became a reality because the Conservatives had another vision for child care, not because of the financing model.) It would involve the negotiation of separate contractual agreements between Ottawa and each province. These agreements, like any contract, would involve an exchange. One party (Ottawa) would agree to pay money and, in exchange, the other party (a province) would commit to certain performances (such as observing the principles of the Canada Health Act, enhancements of specified services, investments in long-term care facilities). Some of the contract terms would be standard in all the agreements (adherence to the CHA), but others could vary depending on the specific pressures and bottlenecks in individual provinces.

This approach would not be a leap into uncharted territory; the provinces have already demonstrated in the gas tax program that they are willing to make fairly specific commitments in the context of ‘contracts’ between two sovereign governments. In that sense, ten health contracts rather than one health accord would not break new ground. As in any contract, the commitments and responsibilities of each party would be explicit, thereby promoting transparency and accountability. But let us not be unrealistic about how much would change. For example, it would be unrealistic to

expect ‘complete’ contracts to emerge from this process; it is unlikely that governments could reach agreement on clear indicators of contract compliance and consequences for non-compliance. That said, one-on-one agreements would still be a step towards improvement. A simple renewal of the existing Accord would not.

*Allan Maslove* a Professor at the School of Public Policy & Administration, Carleton University. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Windsor Star and Guelph Mercury.*

**August 2011**

## SECTION 3

# New training program for doctors improves care for patients with mental health concerns

*Pilot project reporting improved patient care, changes in traditional practice*

RIVIAN WEINERMAN AND MARCUS HOLLANDER



Each year, about 10 per cent of all Canadians suffer a mental health problem. Over the course of a lifetime, an estimated 20 per cent of all Canadians will experience a mental illness.

People often see their family doctors first when experiencing a mental health problem, but many family physicians feel poorly prepared to handle mental health issues. Doctors receive very little training in mental health issues during medical school. Family physicians in Saskatchewan have identified education on mental health problems and resources as a key area for improvement in their provision of mental healthcare. Family doctors in British Columbia have also rated mental health diagnosis, treatment and care planning as their highest priority need for further education, training and support.

Now, a groundbreaking training program is helping BC family physicians provide better care to their patients with mental health conditions — and is receiving positive reviews from the doctors who have used it, the patients they help, and mental health organizations across Canada.

In BC, a group called the General Practice Services Committee (GPSC), turned to BC mental health experts to develop and adapt a training program for busy family doctors. The GPSC is a joint initiative of the BC Ministry of Health Services and the BC Medical Association with a mandate to support and sustain full service family practice. The adult mental health module consists of three, half-day interactive learning sessions delivered to family doctors in community practice

around BC. The learning sessions are interspersed with action periods during which the doctors make the changes required in their practices to try out what they have learned with their patients.

The learning module uses family practice (FP) 'champions' to teach their colleagues the materials that cover screening tools, diagnostic assessment, treatment options and long-term care planning. An important aspect to success is that medical office assistants (MOAs) are also included in the training program to learn about scheduling and enhancing interpersonal skills, in regard to mental illness.

The learning module has a number of complex and complementary components, including training in cognitive behavioural therapy skills that can be used with patients in short visits in the doctor's office. As well doctors learn about mental health resources in their community and can refer the patient for telephone coaching and other supportive programs.

First introduced in the summer of 2009, by March 2011 more than 1200 of the province's 3,300 family doctors had enrolled. The goal is to have all family physicians in the province who want this training to take the program.

A survey of GPs who have participated in the learning module shows overwhelming support for it, with more than 90 per cent saying the training had resulted in improved patient care and 97 per cent saying they had learned something new that they were now incorporating into their practice. The vast

majority (an average of 87 per cent) said it had enhanced both their skills and their confidence in diagnosing and treating mental health conditions. GPs were asked to report on progress some three to six months after the end of training. More than 80 per cent reported they had used various mental health diagnosis and treatment tools and 94 per cent reported that their care has had a high impact on their patients. Some three to six months after training doctors noted that, for 79 per cent of patients, their ability to return to work was better, or much better. Moreover, the majority of physicians job satisfaction had improved. Waiting lists now exist for doctors to take the training, evidence that family doctors want to improve their skills and better help the large number of patients with mental health issues in their care.

Dr. Bruce Hobson, a Powell River family doctor and an early attendee, says "it has been the single biggest improvement in my practice in 28 years as a doctor." Hobson estimates he now uses the new skills every day with more than 50 per cent of his patients. "So much of what a family doctor does has a significant mental health component," he says.

One patient helped by Hobson is a 46-year-old Powell River mother, who has struggled with depression for years. After Hobson took the module, she noticed that he became enthusiastic about working with her. With him she learned cognitive behaviour techniques that she now uses every day such as stopping negative thoughts in her head and silencing the inner critical voice. Her depression has greatly improved and her personal outlook is optimistic for the first time in

years. "I feel like he is now treating all of me, the physical and the mental." She also feels that CBT has helped her lose 100 pounds. She no longer deals with emotions by over eating and her blood pressure has returned to normal. "I think every doctor in Canada should be exposed to it. It has made a huge difference in my life," she says.

The cost-effective program is easily transferable to other parts of Canada and could help reduce stigma, improve access to timely and effective care, and improve patient health. In fact, Louise Bradley, President and CEO of the Mental Health Commission of Canada has noted about the BC program: "This innovative approach to reach and educate such an important group of physicians has the potential to improve the quality of help individuals with mental health problems receive from their family doctors all across Canada."

*Dr. Rivian Weinerman is the Regional Head, Division of Collaborative Care Psychiatry, Vancouver Island Health Authority, and the lead developer of the GPSC Mental Health Training Module.*

**Marcus J. Hollander, PhD**, is a national health services and policy researcher and an expert Advisor for EvidenceNetwork.ca. His firm is conducting a comprehensive evaluation of training modules for the GPSC.

*A version of this commentary appeared in the Toronto Star and Troy Media.*

**October 2011**

## SECTION 4

# Un nouveau programme de formation des médecins permet une amélioration des soins en santé mentale

*Un projet pilote qui améliore les soins aux patients et transforme la pratique traditionnelle*

RIVIAN WEINERMAN ET MARCUS HOLLANDER



Chaque année, environ 10 % des Canadiens et Canadiennes font face à un problème de santé mentale. On estime que 20 % de la population canadienne souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie.

Les gens consultent généralement leur médecin de famille lorsqu'ils sont confrontés à un trouble de santé mentale, mais plusieurs omnipraticiens et omnipraticiennes se sentent mal outillés en ce qui a trait à ce type de problème. Dans les écoles de médecine, la formation des médecins généralistes aborde d'ailleurs très peu les enjeux liés à la santé mentale. Les médecins de famille de la Saskatchewan ont à ce titre ciblé la formation sur les ressources et les problèmes en santé mentale comme étant un des aspects de leur prestation de soins de santé mentale qui nécessitent le plus d'amélioration. Les médecins de famille de la Colombie-Britannique (C.-B.) ont également évalué que les diagnostics, les traitements et la planification des soins en santé mentale constituent les besoins les plus prioritaires en matière d'éducation complémentaire, de formation et de soutien.

En C.-B., un programme de formation novateur qui aide les médecins généralistes à offrir de meilleurs soins à leurs patients atteints de troubles mentaux est actuellement en place. Ce programme fait l'objet d'une appréciation favorable de la part des médecins qui y participent, de leurs patients ainsi que d'organismes en santé mentale de partout au Canada.

Le General Practice Services Committee (GPSC), un regroupement de la C.-B., s'est adressé à des spécialistes de la province en santé mentale afin d'élaborer et d'adapter un programme de formation destiné aux très occupés médecins de famille. Le GPSC est une initiative conjointe du ministère des Services de la santé de la C.-B. et de la BC Medical Association dont le mandat est de soutenir et d'assurer le maintien d'un service intégral en médecine familiale. Le module consacré à la santé mentale chez les adultes consiste en trois séances de formation d'une demi-journée offertes aux omnipraticiens et omnipraticiennes en pratique communautaire de la C.-B. Entre chaque séance de formation est prévue une période pendant laquelle les médecins peuvent apporter les modifications nécessaires à leur pratique et mettre à l'essai ce qu'ils ont appris.

Les formations du module d'apprentissage sont données par des médecins qui sont « dévoués » à la médecine familiale. Ceux-ci enseignent à leurs collègues un contenu portant sur les outils de dépistage, les méthodes de diagnostic, les options de traitement et la planification des soins à long terme. Un autre des facteurs de réussite du programme est l'inclusion dans la formation des assistants et assistantes de bureau de médecin, à qui on enseigne comment mieux planifier les rendez-vous et acquérir une meilleure habileté en communications interpersonnelles avec les personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

Le module d'apprentissage comporte diverses composantes complémentaires ayant un certain degré de complexité,

notamment une formation sur les compétences en thérapie cognitivo-comportementale pouvant être utilisées avec les patients lors de consultations de courte durée. On enseigne également aux médecins quelles sont les ressources en santé mentale dans leur collectivité et on leur signale la possibilité de diriger des patients vers des programmes d'accompagnement par téléphone ou d'autres programmes de soutien.

Le programme a été lancé à l'été 2009 et plus de 1200 des 3300 omnipraticiens et omnipraticiennes de la C.-B. s'y étaient inscrits en mars 2011. L'objectif est de faire en sorte que tous les médecins généralistes de la province souhaitant recevoir la formation puissent participer au programme.

Un sondage mené auprès des médecins de famille qui ont assisté au module de formation démontre un appui quasi unanime au programme, 90 % d'entre eux ayant affirmé que la formation leur a permis d'améliorer leur prestation de soins et 97 % qu'ils y ont appris quelque chose de nouveau qu'ils ont ensuite intégré à leur pratique. La vaste majorité (87 % en moyenne) a indiqué avoir gagné en confiance et en compétence dans le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale. On a également demandé aux médecins de famille s'ils avaient constaté des progrès de trois à six mois après la formation. Plus de 80 % d'entre eux ont dit avoir utilisé divers outils de diagnostic et de traitement en santé mentale et 94 % que leurs soins avaient eu un effet important sur l'état de leurs patients. Nombre de médecins ont en outre observé de trois à six mois après la formation une

amélioration ou une grande amélioration de l'aptitude à retourner au travail de 79 % de leurs patients. La plupart des médecins ont par ailleurs ajouté qu'ils tiraient une plus grande satisfaction de leur travail depuis la formation. Le fait que de nombreux médecins désireux de suivre la formation figurent actuellement sur des listes d'attente démontre la volonté de ceux-ci à améliorer leurs compétences et leur capacité à aider la grande proportion de leurs patients qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Cette formation a été « la plus importante amélioration de ma pratique depuis les 28 dernières années de ma carrière en médecine », a affirmé le Dr Bruce Hobson, médecin de famille de Powell River faisant partie des premières cohortes de participants au programme. Le Dr Hobson estime qu'il utilise ses nouvelles compétences quotidiennement dans le traitement de plus de 50 % de ses patients. « Dans la pratique d'un médecin de famille, il y a tant de choses qui comportent une dimension importante en santé mentale », a-t-il ajouté.

Parmi les patients suivis par le Dr Hobson se trouve une mère de 46 ans qui a souffert de dépression pendant des années. Suite à la participation du Dr Hobson au module d'apprentissage, elle a remarqué qu'il était devenu enthousiaste à l'idée de travailler avec elle. Grâce à son aide, elle a appris des techniques cognitivo-comportementales qu'elle utilise maintenant tous les jours, comme étouffer les pensées négatives qui surgissent dans son esprit et faire taire la voix intérieure qui la critique et la dévalorise. Son problème de dépression s'est grandement amélioré et elle envisage sa

vie personnelle de façon optimiste pour la première fois depuis des années. « J'ai le sentiment que maintenant il traite la totalité de ma personne, autant sur le plan physique que mental. » Elle croit aussi que la thérapie cognitivo-comportementale l'a aidé à perdre 100 livres. Elle a cessé de trop manger pour gérer ses émotions et sa pression sanguine est aujourd'hui revenue à la normale. « Je pense que tous les médecins au Canada devraient suivre cette formation. Elle a apporté une énorme différence dans ma vie », a-t-elle commenté.

Ce programme peu coûteux est facilement transférable dans d'autres régions du Canada et pourrait contribuer à réduire la stigmatisation, à accroître l'accès à des soins efficaces et rapides ainsi qu'à améliorer la santé des patients. À ce titre, Louise Bradley, présidente-directrice générale de la Commission de la santé mentale du Canada, a exprimé le jugement suivant à propos du programme britanno-colombien : « Cette méthode innovatrice qui permet d'atteindre et d'éduquer un si grand nombre de médecins à la capacité d'améliorer, partout au Canada, la qualité des soins que reçoivent les personnes ayant de problèmes de santé mentale de leur médecin de famille. »

*La Dre Rivian Weinerman est directrice régionale de la Division of Collaborative Care Psychiatry de la Vancouver Island Health Authority, ainsi que la principale conceptrice du module de formation du GPSC portant sur la santé mentale.*

*Marcus J. Hollander, Ph. D., est chercheur en politiques et services de soins de santé à l'échelle nationale et œuvre à titre d'expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca. Sa firme mène actuellement une évaluation complète des modules de formation du GPSC.*

**octobre 2011**

# Our healthcare system is affordable

*To make it sustainable, we need to change the way we deliver health services*

MICHAEL RACHLIS



Recently the Canadian Institute for Health Information (CIHI) released the latest figures on the country's health spending. It provides a cool analytic antidote to a heated political issue. Health costs are not out of control. And the report's findings remind us that the real issues have little to do with money.

Almost every day some politician or pundit declares that provincial healthcare spending is massively out of control, eroding government's ability to fund everything else. Our roads are full of potholes, our kids can't do long division, and it's all the fault of a rapacious healthcare system.

Several reports have suggested that health spending will inexorably rise to 70 or even 80 per cent of provincial government program spending in the next 10 to 20 years. The CIHI graph of provincial healthcare spending over time draws a very different picture from that portrayed in our public debate. Health spending was fairly steady at 33 per cent of program spending during the early and mid-1990s. After 1997, it rose rapidly to 39 per cent of program spending in 2003 before plateauing there until 2008. It has been falling since.

Provincial healthcare costs decreased on average from 39.3 per cent of program spending in 2008 to 37.7 per cent in 2010. Quebec stands out with the most stable health costs as share of program spending holding in a narrow band 28 and 33 per cent of program expenditures since 1975! The forecast

for 2010 is 30 per cent of GDP, down from 33 per cent in 2008 and the lowest in the country.

Of course, Quebec and other governments increased non-healthcare spending during the recession as welfare, employment insurance and other costs rose. But CIHI forecasts that provincial healthcare spending will fall this year as a share of GDP from an average of 7.8 per cent to 7.5 per cent.

It would be nice if those who spew fire and brimstone about rocketing health costs would read the annual CIHI reports. Then maybe we could get onto the three big issues that get little or no media attention.

First, we don't have to spend a lot more money to fix the system. Most of healthcare's problems — from long wait times to inadequate follow-up of chronic illness — are due to antiquated, provider-focused processes of care. The remedy — a high-performing, patient-friendly system. And, contrary to the ill-informed Canadian chin-wag consensus, this shouldn't mean higher costs. To quote the 2001 Saskatchewan healthcare royal commission, "better quality care almost always costs less."

For example the referral route from family physicians to specialists has not changed fundamentally since the professional model was created during the Middle Ages. In Quebec patients can wait months to see a spinal surgeon. But an Ontario study showed that 90 per cent of patients referred to spinal surgeons don't need to have surgery. They may need

physical therapies, medication, counselling or acupuncture. But they don't need surgery and very few of them should even be seeing surgeons.

The solution? In Hamilton, 20 psychiatrists are working part-time with more than 100 family doctors, 80 mental health counsellors and dozens of other professionals. Urgent questions for the psychiatrists are answered immediately by cellphone. The psychiatrists also drop into the family practices every week or two where they see patients directly, discuss other cases with staff, and generally raise the already high standards of mental health delivery.

It's well past time to change the practices of other Canadian specialists. All specialists and their teams should be working more closely with primary healthcare practices. No Canadian should wait longer than a week for elective specialist input into her case.

Second, we should be spending more public money if it remedies private market failures. Justice Emmett Hall's 1964 royal commission recommended public insurance for physicians because it would cover everyone and cost millions less to administer than a private system. History has proven him correct and the same argument holds for drugs, long-term care and home care.

Finally, we need to resuscitate our shrinking public sector. Healthcare increased its share of the public pie from 1997 to 2008 largely because government cut the size of the pie by axing other programs. For example, Canada eliminated the

National Housing Program in 1993 and Canada's spending on early childhood programs is the lowest of any OECD country. These policy mistakes have made a lot of people sick and applied pressure to hospitals and other healthcare organizations.

According to the latest figures from the Department of Finance, from 2000 to 2010 Canadian governments cut their incomes by 5.8 per cent of GDP, the equivalent of \$94 billion. If we had cut taxes by only half that amount, all governments could be out of deficit by 2012. Or we could afford to pay for first-dollar universal pharmacare, long-term care and home care, as well as regulated child care for all parents who want it, free university and college tuition, 20,000 new social housing units a year, and a hike in the Canadian Child Tax Benefit to \$5,000 per child.

Our healthcare system is affordable. To make it sustainable, we need to complete Tommy Douglas's vision for medicare by changing the way we deliver health services.

Let's set aside the shroud-waving about rising costs and refocus on redesigning the delivery system. Medicare remains as sustainable as we want it to be.

*Dr. Michael Rachlis is a health policy analyst and an associate professor at the University of Toronto. He is also a consultant to EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Toronto Star and the Medical Post.*

**November 2011**

# The case for a pan-Canadian health workforce observatory

*Moving from crisis management to future planning*

IVY LYNN BOURGEAULT AND MORRIS L. BARER



Following the mid-January meeting of the Premiers regarding the future of Canadian healthcare, a communiqué was issued announcing the creation of a working group on healthcare innovation to examine three critical issues related to the health workforce. These issues include examining the scopes of practice of healthcare providers to better meet patient needs, better coordinate management of health human resources and accelerate the adoption of clinical practice guidelines (CPGs).

It is refreshing to see attention paid at this level to broader health workforce issues regarding what healthcare providers actually do. Typically, the public dialogue around the health workforce is narrowly focused on addressing alleged shortages and other supply related crises, real or imagined.

We are all familiar with the now common political promise of more doctors and more nurses. And at least in the case of the former, we are well along the road to fulfilling that promise, in spades — first year enrolment in Canadian medical schools is now 80 per cent higher than a decade ago.

Indeed, policy-makers are running the risk of over-reaction. Many commentators on the state of healthcare in Canada have noted that we are not so much suffering from a lack of healthcare professionals as from their inappropriate deployment. In other words, we could be doing more, and better, with existing resources. Indeed, times of constraint can be a stimulus to needed change, whereas times of excess can be an impediment to appropriate efficiency improvements.

But before we get too excited about this latest political announcement, a bit of historical context is important. Scopes of practice, coordinated management and CPGs have all come under a variety of committee, task force, working group and Royal Commission lenses over the past two decades. As important as that work has been, the intermittent nature of these endeavours has resulted in a frustrating lack of follow through or haphazard implementation of a series of well crafted, often evidence-based recommendations.

Health workforce issues are healthcare policy's great soap opera.

Skip a decade and then pick up the thread, and you'll feel right at home in the midst of the same recurring issues. Indeed, we have known from research now almost forty years old, and based in Canada, about the huge potential for nurse practitioners in primary care. Yet implementation of this single scope-of-practice-related finding continues to be hamstrung by a maddening mix of professional resistance and lack of political will.

Instead, we train ever more physicians.

This history of failed implementation of thoughtful recommendations is readily apparent to the various health workforce stakeholders who have been around for any length of time.

There is now a chorus of voices in this community highlighting the need for better health workforce policy and

planning. This rose to a crescendo in the call to a recent all-party Parliamentary Standing Committee on Health for the establishment of a pan-Canadian health workforce observatory. The idea of an organization that assembles health workforce data, information and expertise to inform more rational approaches to policy development has taken hold internationally. But would it alone make a difference here?

Canada would not be a leader in establishing such an observatory. Several other developed and developing countries have created organizations to compile, synthesize and translate the best evidence for health workforce decision-making. A similar federated system, Australia, for example, recently established Health Workforce Australia as a partnership of the Council of Australian Governments (similar to our Federal-Provincial-Territorial organizations).

Developing nations, which face even more critical health workforce needs, have found such an organized approach critical to strengthening their health systems. Canada, which used to be recognized on the international stage as a leader in health workforce innovations, now looks to be a laggard. To its credit, the Standing Committee supported the call for an observatory in its recommendations but, sadly, the Government of Canada response did not even acknowledge the recommendation being made.

What might an observatory offer Canadians? A concentrated, coordinated and sustained effort to integrate health workforce

planning, policy and reform in conjunction with complementary reforms to education and training.

We would have ready access to the best evidence to support health workforce innovations and to support those who must make the hard decisions about health workforce issues. An observatory would help to shift us away from crisis management towards an approach that is future-oriented.

But we will need more than an observatory if we are to avoid repeating past mistakes.

If a lack of evidence has not been the impediment to change to this point, then it will take more than an observatory to kick start real progress in the three areas identified by the Premiers last week. It will also take more than a pronouncement from the Premiers to force the cancellation of this soap opera.

There are no quick fixes when it comes to the health workforce, true. But if our leadership is committed to using the information that would be generated through an observatory, then it would be an important investment worth making.

*Ivy Lynn Bourgeault holds the CIHR/Health Canada Research Chair in Health Human Resource Policy at the University of Ottawa and is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. Morris Barer is the Director of the Centre for Health Services and Policy Research, and a Professor in the School of Population and Public Health, at*

*UBC. Bourgeault and Barer are two of the three co-leads of the recently established pan-Canadian Health Human Resources Network.*

*A version of this commentary appeared in the the Huffington Post, Hill Times and the Miramichi Leader.*

**February 2012**

# Money for nothing

## *Accountability in the brave new age of medicare*

GREGORY MARCHILDON



In December, the federal Minister of Finance announced that the federal government would extend the current six per cent annual escalator on the Canada Health Transfer (CHT) to 2015-16 and thereafter link increases in the CHT to the rate of economic growth with a floor of three per cent per year.

The announcement caught everyone — pundits, governments and experts — by surprise. Most expected some sort of First Ministers' meeting to deal with the issue along the lines of the 2004 meeting between the Premiers and Prime Minister Martin that produced the last deal. Instead, provincial governments got a take it or leave it proposition, putting them in the ridiculous position of complaining about aspects of the decision — the escalator, the new per capita formula, and the unilateral nature of the announcement — even as they accepted the money.

While we have seen much media attention on the consequences of this decision, a basic issue of accountability seems to be missing.

Health transfer payments represent the single largest expenditure of the federal government amounting to billions of dollars annually. Is this money for nothing — or should it serve a policy purpose?

I think it is time we remind ourselves what the CHT money is supposed to deliver to Canadians.

From the time that universal hospital insurance was introduced in the late 1950s, federal health transfers have

been used to protect some basic national principles or standards. Similarly, when the terms of federal cost sharing were introduced for universal medical insurance through the Medical Care Act of 1966, four basic national dimensions were introduced: universality, comprehensiveness, public administration and portability. The Canada Health Act of 1984 added an additional principle of accessibility and discouraged user fees and extra billing for necessary hospital and physician services by threatening to reduce, dollar for dollar, transfers to provinces that permitted these practices.

In the initial decades after medicare was introduced, this arrangement generally worked. The provinces were responsible for administering and delivering their own universal health systems, but if they wanted federal money they had to agree to these few very basic national principles.

Things started getting complicated by the mid-1990s.

A major reduction in federal cash transfers led to a more relaxed view of the federal role in ensuring adherence to national principles. Later, when the federal government put more money back into the purse through First Minister agreements in 2000, 2003 and 2004, it used new transfer investments to begin the process of directing some high-level health reforms.

For a number of reasons, including a lack of federal focus on what it was trying to achieve and provincial avoidance of any conditionality, including Quebec's refusal to sign the main accords, the results of these agreements have been mixed at

best. At the same time, the federal government has made a hash of its main job — protecting the national dimensions of medicare — the original rationale behind health transfer payments.

The concept of portability is in shambles as a number of provinces no longer automatically honour health insurance from other provinces. Universality and accessibility are under siege too, with the mushrooming of private diagnostic clinics and surgical centres in places like Montreal, Vancouver and Calgary, where queue-jumping among the more affluent is now encouraged.

Some, maybe most, of this damage was done before the Harper government came into office. But if the Canada Health Act, along with this basic funding accountability, continues to be ignored the country as a whole will be worse off.

Putting aside the social objectives represented by the principles of universality and accessibility for a moment, there are good economic reasons for the federal government to reinforce this accountability.

Universal, single-payer medicare supports economic competitiveness.

By not having to carry the burden of providing expensive hospital and medical insurance for employees, Canadian businesses have had a competitive advantage over their American counterparts for decades. Portability encourages economic mobility by allowing Canadians to choose where

they live based on economic opportunity rather than the type of health insurance that might be available in one jurisdiction rather than another.

These basic aspects of our citizenship also enhance our global economic position. They are worth taking seriously after years of neglect. It is the bare minimum in accountability we should expect from our federal and provincial governments.

*Gregory Marchildon is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca. He is also a Canada Research Chair and professor, Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy, University of Regina, and former executive director of the Romanow Commission.*

*A version of this commentary appeared in the Montréal Gazette, the Windsor Star and the Huffington Post.*

**February 2012**

## SECTION 8

# Verser de l'argent sans demander des comptes

## *L'ère nouvelle du système public de santé*

GREGORY MARCHILDON



L'an dernier, le ministre fédéral des Finances a annoncé que son gouvernement prolongerait jusqu'en 2015-16 l'actuelle clause d'indexation annuelle de 6 % prévue dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Après cette date, les augmentations suivront le taux de croissance économique et seront plafonnées à 3 % par an.

L'annonce a pris tout le monde par surprise, tant les autorités en la matière que les gouvernements et les analystes. La plupart s'attendaient à ce qu'une rencontre ministérielle soit organisée pour conclure un nouvel accord, semblable à la réunion tenue en 2004 entre les chefs provinciaux et le premier ministre Paul Martin. Au lieu de cela, les provinces ont reçu du fédéral une proposition « à prendre ou à laisser », qui les a mis dans la position ridicule de se lamenter sur certains aspects de la décision (dont le facteur de progression, la nouvelle formule par habitant et le caractère unilatéral de l'annonce) tout en acceptant quand même l'argent promis.

Même si la décision et ses conséquences ont reçu beaucoup d'attention dans les médias, une question fondamentale est restée absente du débat : celle de la reddition des comptes.

Les transferts en matière de santé représentent la dépense la plus importante du gouvernement fédéral; ils s'élèvent à des milliards de dollars par an. Cet argent est-il versé sans raison ou ne devrait-il pas contribuer à un objet public précis?

Je crois que le temps est venu de rappeler que l'argent du TCS est censé apporter quelque chose à la population canadienne.

Depuis l'instauration de l'assurance hospitalisation universelle vers la fin des années 1950, les transferts fédéraux en matière de santé ont servi à protéger certains principes et normes fondamentaux dans notre pays. La Loi sur les soins médicaux adoptée en 1966 a défini les conditions devant régir le partage des coûts avec le fédéral en matière d'assurance maladie universelle, introduisant quatre principes fondamentaux : l'universalité, l'intégralité, la gestion publique et la transférabilité. Un cinquième principe s'est ajouté avec la Loi canadienne sur la santé de 1984, à savoir l'accessibilité : la loi décourage notamment le recours aux frais d'utilisation et à la surfacturation en matière de prestation de services hospitaliers et médicaux, en menaçant de réduire d'un montant équivalent les transferts aux provinces qui autoriseraient ces pratiques.

Durant les premières décennies qui ont suivi la mise en œuvre de l'assurance maladie, ces dispositions ont bien fonctionné dans l'ensemble. Les provinces étaient responsables de la gestion et de la prestation de leurs systèmes universels de santé respectifs; si elles voulaient recevoir de l'argent du fédéral, elles devaient accepter de se plier à ces quelques principes essentiels.

Toutefois, les choses ont commencé à se compliquer au milieu des années 1990.

À cette époque, la réduction majeure des transferts fédéraux a donné lieu à une conception plus laxiste du rôle que devrait assumer le fédéral quant à la nécessité de faire respecter ces

grands principes. Plus tard, après avoir réinjecté des fonds dans l'enveloppe de la santé par le biais des accords conclus entre les premiers ministres en 2000, 2003 et 2004, le fédéral a recouru à de nouveaux modes de transfert en vue d'imposer des réformes de haut niveau dans le secteur de la santé.

Pour un certain nombre de raisons, les accords conclus ont donné des résultats au mieux discutables. Parmi celles-ci, soulignons un manque de cohérence au sein du fédéral sur les objectifs qu'on cherchait à atteindre et, à l'échelon provincial, une attitude réfractaire à l'imposition de conditions, incluant le refus du Québec de signer les accords principaux.

Parallèlement, le fédéral avait failli à sa tâche principale, à savoir préserver les dimensions nationales de l'assurance maladie, la raison d'être initiale des transferts de fonds.

La notion de transférabilité est en train de s'écrouler, puisque d'ores et déjà, un certain nombre de provinces n'acceptent plus automatiquement la carte d'assurance maladie des autres provinces. L'universalité et l'accessibilité sont menacées également, comme en témoigne la prolifération des cabinets privés et des centres chirurgicaux dans des villes comme Montréal, Vancouver et Calgary, où l'on encourage désormais le resquillage chez les bien-nantis.

Une partie, ou peut-être même la majorité, de ces dégâts a été faite avant que le gouvernement Harper ne prenne le pouvoir. Mais si l'on persiste dans cette voie, si l'on continue à faire fi de la Loi canadienne sur la santé et du principe fondamental

de la reddition de comptes, c'est le pays dans son ensemble qui en pâtira.

Mettons de côté pour un moment les objectifs sociaux reflétés par les principes de l'universalité et de l'accessibilité. Sur le plan économique, il y a d'excellentes raisons pour lesquelles le gouvernement fédéral devrait renforcer la reddition de comptes.

Les systèmes universels de soins de santé à payeur unique contribuent à la compétitivité économique.

Comme elles n'ont pas à porter le fardeau des coûteuses primes d'assurance hospitalisation et maladie de leurs employés, les entreprises canadiennes jouissent depuis des dizaines d'années d'une longueur d'avance sur les sociétés américaines. De plus, la transférabilité favorise la mobilité économique, en permettant aux Canadiens de s'établir dans le lieu de leur choix selon les perspectives économiques qui s'offrent à eux, plutôt qu'en fondant leur décision sur le type de couverture maladie offert.

Par ailleurs, ces aspects fondamentaux de notre citoyenneté renforcent notre position économique à l'échelle mondiale. Après des années de négligence, ce sont là des éléments à prendre au sérieux. Voilà le strict minimum que nous devrions exiger de la part des responsables fédéraux et provinciaux en matière de reddition de comptes.

*Gregory Marchildon est conseiller expert auprès d'EvidenceNetwork.ca. Il est titulaire d'une chaire de*

*recherche du Canada, professeur à la Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy de l'Université de Regina et ancien directeur général de la Commission Romanow.*

**février 2012**

# We need a meaningful federal role in medicare

## *Ottawa missing an important opportunity*

ALLAN MASLOVE



Towards the end of December the Harper government announced a new formula for its transfer payments to the provinces in aid of healthcare, following the current ten-year accord negotiated in 2004 by then Prime Minister Martin and the provincial/territorial premiers. Several provinces, most notably Ontario, complained loudly that the money will be insufficient. But the funding is actually quite generous.

The current six per cent annual rate of increase set to expire in 2013-14 will be extended three more years, and then beginning in 2017-18 the annual increase will be equal to the three-year moving average of GDP growth (essentially replicating the formula that was in place from 1977 to 1995, though over these years this formula was disregarded about as often as it was observed). The plan includes a commitment not to allow the growth rate to dip below three per cent.

The real problem with the new funding arrangement is that it is only about money.

Prime Minister Harper made clear in a year-end interview shortly after the announcement that in his view managing and improving healthcare delivery is strictly a matter for the provinces. Some have referred to this as a return to 'classical' federalism. That position reflects a view that each order of government should stick to its respective constitutional knitting.

Healthcare is a provincial responsibility and, after all, are not provinces democratic and responsive to their electorates and would they not protect and improve their healthcare systems

if that is what their populations want? Haven't the provinces 'come of age' and aren't their governments sophisticated and fully capable of undertaking necessary reforms?

The answer is: 'certainly, but...' What this position misses is that medicare is a Canadian undertaking, embodying national values of equity and sharing, not just a collection of provincial/territorial programs, and that it contributes significantly to the efficient operation of the economy, especially the labour market.

While the provinces recognize and support these objectives, there are tensions between national and provincial policy objectives that can make it difficult for the provinces to 'do the right thing' from a national perspective. In these cases federal leadership and facilitation can make an important contribution.

For example, Ottawa could serve as a catalyst in the development of a Canadian pharmaceutical bulk purchasing agency, which would bring about substantial cost savings even in the absence of a universal pharmacare plan.

The federal government could assist in fostering the development of a comprehensive electronic health records system, more effective health human resource planning, and best practices dissemination.

Ottawa's transfer could be employed to support specific provincial initiatives to, say, increase access to long-term care facilities and home care services, or to restructure primary

care delivery. In theory, the provinces could take these steps without Ottawa, but past experiences in health, and other provincial domains, shows this is very unlikely. For example, recall how difficult it has been — even with federal prodding — to move towards inter-provincial free trade even though all provinces profess to be in support.

It does not require a suspension of belief to envision a scenario where a province under financial pressure establishes a 12-month residency requirement or a 'pre-existing conditions' clause for new residents, even while paying lip-service to the portability principle in the Canada Health Act. A move of this sort would quickly diminish inter-provincial labour mobility and damage economic growth.

Is Ottawa not prepared to uphold the principles of the Health Act because healthcare is a purely provincial responsibility? The question needs to be raised because the federal funding announcement makes no reference to continued adherence to the principles of the Act as a requirement for a province to receive its transfer.

More broadly, the heralded return to 'classical' federalism evokes a model that has rarely if ever, actually existed. Some policy fields are explicitly shared. Some, like health, are implicitly shared.

While the provinces have primary responsibility, Ottawa is responsible for matters such as the regulation of pharmaceuticals and medical devices, for some public health issues and international concerns, for medical research, and

for providing health services to specified groups, most notably Aboriginal people.

In still other policy areas, changing circumstances may make it desirable to modify jurisdictional authority. Such was presumably the rationale behind Ottawa's desire for a national securities regulator. Since the Harper government is prepared to move the jurisdictional yardsticks in other areas, asserting strict adherence to principles of classical federalism when it comes to healthcare is strange to say the least.

A call for a meaningful federal role is not radical, or even new. Medicare itself came about as a result of this kind of leadership from Ottawa.

Yes, federal-provincial engagement can be messy, and it can involve conflict; the birth of medicare certainly did. But, ultimately the objective is neither tidiness nor placid inter-governmental relations. The objective is to build the best medicare system we can, and that objective cannot be realized without Ottawa's active participation any more than it can without Ottawa's transfers.

*Allan Maslove is a Professor at the School of Public Policy & Administration, Carleton University. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Hill Times and Troy Media.*

**February 2012**

# Accountability measures are the key to sustaining healthcare in Canada

JOHN MILLAR



We've heard it from many quarters now: the fiscal sustainability of Canada's healthcare system is under threat as health expenditures are increasing faster than government revenues.

Rising healthcare budgets are largely attributable to increased utilization of medical technologies, drugs and health human resources, as recent studies attest (although population increase and aging also have some, smaller effect). Also driving costs is an increasing burden of chronic disease, which includes conditions such as obesity, diabetes, hypertension, heart disease, stroke, cancer, mental health conditions, muscle and joint disease, and others.

The solution lies in nothing less than a transformation of our primary healthcare system in Canada. We need to provide comprehensive, integrated, community-based services which will improve population health, reduce inequities, reduce healthcare expenditures and contribute to the sustainability of our publicly funded health system.

One essential step toward this transformation would be a coordinated Pan-Canadian effort to develop indicators and databases that will support accountability in healthcare and drive the required changes.

The truth is, we already know how to reduce the burden of chronic disease.

Chronic diseases are to a very large extent caused by the conditions under which we grow, live, learn, play, work and

engage with each other and our communities. These include our food, physical activity, use of alcohol, drugs and tobacco, employment and working conditions, income, early development, education, housing and the environment.

While many of these factors lie within social, political and economic realms outside of the healthcare system, there is still much the healthcare system can do to prevent and manage chronic disease and reduce its impact on the health of the population and healthcare expenditures.

### **Move away from the old 'business' model of healthcare**

The healthcare system was designed long ago to attend to a high prevalence of acute, infectious disease rather than our current pattern where chronic conditions prevail.

The old business model provides poor service for people today with chronic conditions, particularly when there are several co-existing illnesses. As a result, the current primary care system is characterized by poor access and prolonged waits for patients, a lack of attachment to a provider, time-limited consultations and repeated, unnecessary clinic visits. It has become inefficient and wasteful of resources and hence is contributing to public and professional dissatisfaction and rising health expenditures.

There are a few fundamental changes that could significantly improve quality of care and reduce healthcare costs.

Primary healthcare organizations should serve a geographically defined population and provide comprehensive services that include health promotion, health protection, prevention and clinical care through integrated inter-professional teams.

These teams should include public health professionals, community care and social agencies as well as family physicians, nurses, nurse practitioners, pharmacists and many others. This may be best achieved through development of facilitated networks, and with aligned financial incentives that may include a blended payment model.

Electronic data systems, such as electronic health records (EHR) and population data systems and quality improvement programs could also improve health efficiencies.

Finally, we need a governance structure that allows the people being served to have a voice in health quality improvements, and for providers to be accountable to those being served. It should also promote a culture that is focussed on positive relationships between and among providers, patients and the community.

### **Time to develop common metrics**

But how can such a massive transformation be achieved?

The Harper Government has announced that for the 2014 Health Accord, the Canada Health Transfer will continue (~ \$30B per year) with an 'escalator' of six per cent until 2017

(somewhat reduced after that). However, like the health agreements of governments past, there has been no mention of direct measures for accountability by the provinces to the federal government.

With no accountability in place, how can we be sure our opportunity for health system transformation won't be missed?

The Harper Government through Minister Aglukkaq has offered a possible solution: the development of 'common metrics.'

Such indicators, when supported by appropriate data, would enable tracking progress on the fundamental changes needed to transform our health system, and allow jurisdictions to make comparisons of system change related to service, and outcomes related to improved health and reduced inequities.

'What gets measured gets done,' in other words. But this will require resources and cooperation among the provinces.

Developing 'metrics' may not sound 'sexy' but could be what improves accountability, performance and sustainability in Canada's publicly funded healthcare system.

*John Millar is an expert advisor to EvidenceNetwork.ca. He is also Clinical Professor, School of Population and Public Health, University of British Columbia.*

*A version of this commentary appeared in the Toronto Star and Troy Media.*

**March 2012**

# Des mesures de reddition de comptes s'avèrent essentielles au maintien des soins de santé au Canada

JOHN MILLAR



Par les temps qui courent, nous l'avons entendu dans plusieurs milieux : la viabilité budgétaire du système de soins de santé du Canada est menacée puisque les dépenses de santé augmentent plus rapidement que les recettes publiques.

La hausse des budgets de soins de santé est attribuable en grande partie à une utilisation accrue des technologies médicales, des médicaments et des ressources humaines en santé, comme en témoignent de récentes études (bien que l'augmentation et le vieillissement de la population produisent également certains effets, mais moins prononcés). De plus, les frais de déplacement entraînent un alourdissement du fardeau des maladies chroniques, lesquelles englobent des troubles tels que l'obésité, le diabète, l'hypertension, les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les problèmes de santé mentale, les maladies musculaires et articulatoires, et autres.

La solution ne repose sur rien de moins qu'une transformation de notre système de soins de santé primaires au Canada. Nous devons offrir des services complets, intégrés et communautaires qui permettraient d'améliorer la santé de la population, de réduire les inégalités, de diminuer les dépenses de santé et de contribuer à la viabilité de notre système de santé financé par les deniers publics.

Une étape essentielle de cette transformation reposera sur un travail coordonné à l'échelle canadienne en vue de mettre en place des indicateurs et des bases de données qui

favoriseront la reddition de comptes et permettront d'enclencher les changements requis.

À vrai dire, nous savons déjà comment réduire le fardeau des maladies chroniques.

En très grande partie, les maladies chroniques sont causées par les conditions dans lesquelles nous grandissons, nous vivons, nous apprenons, nous jouons, nous travaillons et nous discutons entre nous et avec nos collectivités. Au nombre de celles-ci, mentionnons notre nourriture, notre activité physique, notre consommation d'alcool, de drogues et de tabac, nos conditions de travail, notre revenu, notre développement à la petite enfance, notre instruction, notre logement et l'environnement.

Quoique bon nombre de ces facteurs appartiennent aux domaines social, politique et économique à l'extérieur du système de soins de santé, celui-ci a encore beaucoup de travail à faire pour être en mesure de prévenir et de prendre en charge les maladies chroniques et pour réduire leurs effets sur la santé de la population et les dépenses en soins de santé.

### **Délaisser le vieux modèle de « gestion » des soins de santé**

Le système de soins de santé a été conçu il y a longtemps, au moment où régnait une forte prévalence de maladies aiguës et infectieuses, à l'opposé de ce qui se passe dans notre modèle actuel où prédominent les maladies chroniques.

Présentement, le vieux modèle de gestion fournit un piètre service aux personnes atteintes d'une maladie chronique, surtout en présence de plusieurs maladies concomitantes. Pour les patients, le système de soins primaires existant se caractérise ainsi par un faible accès et des attentes prolongées, un attachement inexistant à un fournisseur de soins ainsi que par des consultations répétées, inutiles ou encore d'une durée limitée. Ce système est devenu inefficace et gaspille les ressources, ce qui explique l'insatisfaction du public et des professionnels de même que la hausse des dépenses de santé.

Quelques changements fondamentaux permettraient d'améliorer sensiblement la qualité des soins et de réduire les coûts des soins de santé.

Des organismes de soins primaires devraient servir les intérêts d'une population définie géographiquement et offrir des services complets, notamment la promotion de la santé, la protection sanitaire, la prévention et les soins cliniques grâce à la coordination d'équipes interprofessionnelles.

Ces équipes devraient être formées de professionnels de la santé publique, de représentants d'organismes communautaires et sociaux ainsi que de médecins de famille, d'infirmières, d'infirmières praticiennes, de pharmaciens et de bien d'autres groupes. Pour y parvenir, la meilleure façon consiste à favoriser la création de réseaux et à mettre en place des incitations financières correspondantes qui peuvent comprendre un modèle de paiement mixte.

Les systèmes de données électroniques, comme les dossiers de santé électroniques et les systèmes de données démographiques, ainsi que les programmes d'amélioration de la qualité permettraient également de réaliser de plus grandes économies en santé.

Enfin, nous avons besoin d'une structure de gouvernance qui accorde aux gens recevant des services le droit de s'exprimer sur les améliorations par rapport à la qualité des soins de santé et qui constraint les fournisseurs à rendre des comptes à ceux qui bénéficient de leurs services. Cette structure devait également faire la promotion d'une culture axée sur les relations positives entre les fournisseurs de soins, les patients et la collectivité.

### **Il est temps de définir des paramètres communs**

Mais comment parvenir à une transformation d'une telle envergure?

Le gouvernement Harper a fait savoir que le Transfert canadien en matière de santé se poursuivra pour l'Accord de santé de 2014 (ce qui représente environ 30 milliards de dollars par année), avec une « clause d'indexation » de l'ordre de 6 % jusqu'en 2017 (qui sera quelque peu réduite après cela). Toutefois, comme dans les accords de santé des gouvernements précédents, il n'y a aucune mention de mesures directes obligeant les provinces à rendre des comptes au gouvernement fédéral.

Si aucune reddition des comptes n'est obligatoire, comment pouvons-nous nous assurer que nous ne raterons pas l'occasion de transformer notre système de santé?

Par l'entremise de la ministre Aglukkaq, le gouvernement Harper a proposé une solution : la définition de « paramètres communs ».

De tels indicateurs, lorsqu'ils sont validés par des données appropriées, permettraient de suivre la progression des changements fondamentaux qui sont nécessaires à la transformation de notre système de santé et donneraient les moyens aux sphères de compétences de faire des comparaisons sur les modifications apportées au système par rapport aux services et sur les résultats relativement à la santé et à la réduction des inégalités.

En d'autres mots, « ce qui est mesuré est aussi mené à terme ». Mais cela nécessitera des ressources et la collaboration entre les provinces.

À première vue, la définition des paramètres ne semble peut-être pas « attrayante », mais elle pourrait contribuer à améliorer la reddition de comptes, le rendement et la viabilité du système canadien de soins financés par des deniers publics.

*John Millar agit comme expert-conseil à EvidenceNetwork.ca. Il est également professeur clinicien à l'École de santé publique et de santé des populations, à l'Université de la Colombie-Britannique.*

**mars 2012**

# Why other provinces may follow Ontario's lead in reducing physician fees

MARK STABILE



The Ontario government has promised to reduce its \$16-billion deficit substantially over the next few years, and tackling healthcare cost growth has to be part of the solution. When the Minister of Health ended discussions with the Ontario Medical Association and imposed fee cuts and freezes for Ontario physicians, she signalled where reducing Ontario's healthcare costs needs to begin.

Premier Dalton McGuinty has asked other provinces to consider following Ontario's lead, and they are watching Ontario to see whether reducing healthcare costs in this way is politically possible. In response, the Canadian Medical Association has speculated that doctors may move to jurisdictions where physician earnings are on the rise, and that wait times in Ontario may increase as a result of the cuts.

While there has been considerable discussion of a cap on spending on physician remuneration, the government has not actually implemented a cap on the OHIP budget and is not looking to reduce the number of services provided. It has simply reduced, or in most cases, not increased the fees paid for those services. The \$338-million of targeted cuts (which the province notes is likely to be reinvested in primary care in the next few years) is based on a reduction in fees and little change in the quantity of physician services supplied. The government targeted large cuts on a small number of medical specialists, with smaller changes to the fees charged by most doctors.

The health economics literature offers some insight into what we can expect from such a change. How does anyone respond to a decline in his or her wage? There are competing effects of a wage cut.

On the one hand, it has just become less costly in terms of lost income to see one less patient. Reducing the number of hours worked results in a smaller hit on the doctor's income.

However, the fixed costs for most doctors (rent, salaried employees, equipment) haven't changed so the cost of not working has not dropped by as much as it might if all these costs didn't need to be paid. On the other hand, there is an income loss associated with a fee cut (or even a fee freeze when the cost of everything else rises) so doctors also have an incentive to work more hours, not fewer, in order to recover this income. So overall, with a relatively small change in remuneration for most physicians, it seems unlikely that we will see a big decline in the number of hours worked by our family doctors.

There are some economic models that predict that when the price for each service a doctor performs falls, doctors might respond by increasing marginal treatments, such as follow-up visits or more tests, to make up this income. However, four factors make such a response unlikely to happen among primary care physicians.

First, one can safely assume that doctors don't really want to do this. Doctors have little interest (other than a monetary one) in having their patients go through care they don't really

need. Second, there is no shortage of patients looking to see a family doctor and lots of important work for doctors to do without increasing the number of follow-up visits. Third, an increasing number of doctors are moving away from fee-for-service payment, where they are paid for each service provided, and toward group practices, where they are either on salary or receive a per-capita payment for each patient. In this case, there is little incentive for doctors to increase unnecessary treatments. Those with a per-patient funding arrangement may even have an incentive to take more patients into their roster if they can manage it, as more patients increase the dollars coming in, whereas more follow-up treatments do not.

Finally, should we expect to see doctors leave Ontario for another jurisdiction? Pay is certainly one factor that helps determine where physicians work, but it isn't the only one. Hospital privileges, professional networks and a number of non-work-related factors also contribute. It is costly to relocate, and small changes in relative pay make this unlikely. Larger changes may tip the balance, but Canada's physicians remain very well paid, and those in Ontario are not an exception.

Recent reviews of physician salaries across the OECD place Canada among the top. Depending on how physician incomes are measured (converting currencies so that a dollar basically buys the same amount of goods in each country or comparing doctors' salaries to the average wage earned in that country), Canada's physicians do fairly well. When comparing incomes

using purchasing power, they are paid less than their U.S. counterparts and slightly less than those in Britain or Germany but above most other OECD countries. When comparing incomes using the ratio of their salaries to the average in the population they are exceeded only by the United States. Our specialists fare even better, although still behind their U.S. counterparts.

Finally, while Ontario may have been one of the first movers in Canada to try to contain physician costs (and deserves credit for taking concrete steps to do so), concern over healthcare spending is a national issue, and it is likely that other provinces will wish to follow Ontario's lead in substance, if not style.

*Mark Stabile is the director of the School of Public Policy and Governance and professor at the Rotman School of Management, University of Toronto. He is also an expert advisor with EvidenceNetwork.ca.*

*A version of this commentary appeared in the Globe and Mail, Hill Times, Winnipeg Free Press and the Huffington Post.*

**June 2012**

# Pourquoi les autres provinces pourraient emboîter le pas à l'Ontario et réduire les honoraires payés aux médecins

MARK STABILE



Le gouvernement ontarien a promis de réduire de façon substantielle son déficit de 16 milliards de dollars au cours des prochaines années, et l'une des mesures envisagées pour ce faire est de juguler la croissance des dépenses en santé. Ainsi, lorsque la ministre de la Santé a interrompu les discussions avec l'Ontario Medical Association et imposé des compressions et des gels des honoraires payés aux médecins ontariens, elle signalait l'endroit où devait commencer la réduction des coûts du système de soins de santé de l'Ontario.

Le premier ministre Dalton McGuinty a de son côté demandé aux autres provinces de réfléchir à la possibilité de suivre l'exemple ontarien, et celles-ci observent actuellement l'Ontario avec attention afin de voir s'il est politiquement réalisable de réduire de la sorte les coûts en santé. La réaction de l'Association médicale canadienne a été de supputer que les médecins ontariens pourraient être tentés de quitter la province afin d'aller pratiquer dans des endroits où leur rémunération sera en croissance, et que ces coupes entraîneront en définitive une augmentation du temps d'attente en Ontario.

Bien qu'il ait été abondamment question du plafonnement des dépenses liées à la rémunération des médecins, le gouvernement n'a pas dans les faits imposé de limite au budget du régime d'assurance-santé de l'Ontario et ne cherchera pas à réduire le nombre de services offerts. Il a simplement réduit les honoraires payés pour ces services, ou empêché leur augmentation dans la plupart des cas. Ciblant une économie de 338 millions de dollars, qui seront

probablement réinvestis, fait remarquer la province, dans les soins de première ligne au cours des prochaines années, les coupes envisagées s'appuient en grande partie sur une réduction des honoraires et très peu sur une modification de la quantité des services offerts par les médecins. Les compressions les plus importantes prévues par le gouvernement toucheront par ailleurs un petit nombre de spécialistes et auront un effet minime sur les honoraires payés à la majorité des médecins.

La documentation économique en matière de santé offre un aperçu de ce à quoi on peut s'attendre d'un tel changement. Comment une personne réagit-elle à une diminution de sa rémunération? Une compression des honoraires des médecins peut avoir des effets opposés.

D'une part, suite à une telle compression, il devient tout simplement moins coûteux pour un médecin sur le plan de son revenu de recevoir un patient en moins. Réduire le nombre d'heures travaillées entraîne en effet une plus petite perte de revenu. Toutefois, les frais fixes que doit assumer la majorité des médecins (loyer, salaire des employés, équipement) resteront quant à eux inchangés, de sorte que le coût d'une réduction des heures travaillées ne pourra pas diminuer autant que si ces frais n'existaient pas. D'autre part, une compression des honoraires (ou même un gel, dans la mesure le coût de tout le reste augmente) entraînera nécessairement une perte de revenu, ce qui constitue un incitatif pour les médecins à accroître et non à restreindre leur nombre d'heures travaillées, afin de compenser cette perte.

Dans l'ensemble, il semble donc peu probable qu'une modification relativement légère apportée à la rémunération de la plupart des médecins donne lieu à un recul important du nombre d'heures travaillées par les omnipraticiens et les omnipraticiennes.

Certains modèles économiques prédisent que si le prix de chacun des actes posés par les médecins diminue, ces derniers pourraient réagir en augmentant les activités en marge des traitements, comme les consultations de suivi ou les analyses, afin ainsi de rééquilibrer leur revenu. Toutefois, cette réaction est peu probable chez les médecins de première ligne, en raison de quatre facteurs.

Premièrement, on peut supposer de façon assez certaine que les médecins n'ont pas véritablement intérêt à réagir de la sorte. Ils ne tirent en effet aucun avantage autre que pécuniaire à donner à leurs patients des soins dont ils n'ont pas réellement besoin. Deuxièmement, les patients désireux de consulter un médecin de famille ne manquent pas et les médecins ont déjà devant eux une énorme charge de travail, sans qu'il leur soit nécessaire d'augmenter le nombre des consultations de suivi. Troisièmement, un nombre toujours plus grand de médecins abandonnent le mode de rémunération à l'acte, dans le cadre duquel ils sont payés pour chaque acte qu'ils posent, afin d'intégrer des groupes de médecine, où ils reçoivent un salaire ou une rémunération correspondant au nombre de patients traités. L'incitation à multiplier les traitements qui ne sont pas nécessaires apparaît dès lors moins forte. Les médecins recevant une rémunération

par patient pourraient même avoir tendance lorsqu'ils en sont capables à accroître la quantité de patients qu'ils suivent, car un nombre accru de patients signifie pour eux un revenu accru, ce qui n'est pas le cas pour les traitements de suivi.

Finalement, doit-on s'attendre à voir les médecins quitter l'Ontario pour une autre province ou même un autre pays? La rémunération est certainement un facteur déterminant du lieu de pratique d'un médecin, mais il ne s'agit pas du seul facteur à prendre en compte. Les priviléges hospitaliers, les réseaux professionnels et divers autres facteurs non reliés au travail jouent également un rôle important. Il est coûteux d'aller s'établir ailleurs, et la petitesse des modifications apportées à la rémunération relative des médecins rend peu probable l'éventualité de leur départ. Il aurait pu en être autrement avec des modifications plus importantes, mais les médecins canadiens demeurent extrêmement bien payés, et ceux de l'Ontario ne font pas exception à la règle.

Des études récentes portant sur la rémunération des médecins dans les pays de l'OCDE indiquent que les médecins canadiens sont parmi les mieux payés. Quelle que soit la façon dont leur rémunération est mesurée (en convertissant les devises de manière à ce qu'un dollar ait essentiellement le même pouvoir d'achat dans chaque pays ou en comparant la rémunération des médecins d'un pays avec le salaire moyen des travailleurs dans ce même pays), ils occupent toujours une place enviable du classement. Selon la méthode qui consiste à comparer les revenus en fonction du pouvoir d'achat, ils sont moins payés que les médecins américains, légèrement moins

que ceux d'Angleterre ou d'Allemagne, mais mieux que ceux de la majorité des pays de l'OCDE. Selon la méthode qui consiste à comparer les revenus en fonction de leur rapport de proportion avec le salaire moyen dans la population, seuls les médecins américains se révèlent mieux payés que les médecins canadiens. Et les médecins spécialistes occupent une place encore plus élevée dans les classements, bien qu'ils demeurent derrière leurs homologues des États-Unis.

Enfin, bien que l'Ontario soit l'une des premières provinces du Canada à tenter de contenir les coûts liés à la rémunération de ses médecins (on lui doit à ce titre le mérite d'avoir pris des mesures concrètes pour ce faire), les dépenses en santé sont une préoccupation nationale et il est probable que d'autres provinces souhaiteront suivre l'exemple ontarien. Peut-être pas dans sa forme, mais dans son fond certainement.

*Mark Stabile est directeur de l'École de politique publique et de gouvernance de l'Université de Toronto et professeur à la Rotman School of Management de la même université. Il œuvre également à titre d'expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca.*

*Une version de ce commentaire est parue dans *Le Devoir*.*

**juin 2012**

# Financement des soins de santé - Les faits plutôt que les idées reçues

FRANÇOIS BÉLAND ET PHILIPPE COUILLARD



La question du financement des soins de santé est l'exemple classique d'un débat public dominé par la polarisation des opinions. Les uns, à gauche, comprennent que la santé est la responsabilité de toute une société, les autres, à droite, qu'un financement public des systèmes de santé est une politique rationnelle qui contribue au bon fonctionnement de l'économie.

D'aucuns, à gauche, aiment bien imputer une « crise » de plus au compte du «système», alors qu'à droite, on prédit l'apocalypse, un inéluctable « trou noir » financier sur la base de projections linéaires apparemment incontestables.

Serait-il possible pour deux observateurs attentifs et actifs de la scène publique et du système de santé, au-delà de leurs horizons politiques très différemment colorés, de s'entendre sur un bilan commun?

Rappelons d'abord que les systèmes de santé canadiens ont été élaborés autour de besoins de soins au milieu du siècle dernier, soins offerts par les médecins dans leurs cabinets ou dans les hôpitaux. C'est encore là le domaine du régime d'assurance maladie public et universel au Canada. Le reste, médicaments, soins à domicile et de longue durée, réadaptation, soins dentaires, etc., est laissé à la discrétion des provinces.

Pas de surprise, la couverture de ces soins est hétérogène et inéquitable. Sur ce terrain laissé aux seuls particuliers ou à l'assurance privée se retrouvent les défis de notre époque. Le tout dans un contexte où le Canada, comme tous les pays

riches, investit beaucoup dans les soins de santé (6e de l'OCDE, 200 milliards de dépenses totales, dont 70 % publiques).

## La santé à la remorque de l'économie

Le financement du système de santé est assuré par les revenus autonomes de l'administration publique du Québec ; les transferts fédéraux pour la santé et les contributions des usagers aux services publics de santé. Ces dernières représentent 2,6 milliards de dollars en 2011-2012 selon les comptes de la santé du ministère de la Santé et des Services sociaux, soit 7,7 % des dépenses gouvernementales de santé.

Les dépenses publiques de santé sont étroitement liées à l'évolution de l'économie. En période de récession, le produit intérieur brut (PIB) chute, et la part des dépenses de santé dans l'économie augmente, par simple effet de dénominateur. En 1976, les dépenses de santé représentaient 6,5 % du PIB, 6,6 % en 1999, atteignant 7,4 % en périodes de récession. Une remarquable stabilité, au fil d'un quart de siècle. De 1999 à 2007, l'une des plus longues périodes de croissance économique au Canada, elles auront augmenté régulièrement jusqu'à 7,7 % du PIB. Depuis 2009, la tendance s'est brisée. En termes réels, l'accroissement moyen annuel n'a été que de 1,3 % de 2009 à 2011, contre 4,9 % de 2007 à 2009.

Pendant les récessions, les gouvernements augmentent leurs investissements en infrastructures, financés par des emprunts, pour contrer les effets du ralentissement économique. La part des dépenses « hors santé » augmente et

la dette publique gonfle par effet des déficits cumulés. Les dépenses de santé s'accroissent en termes réels pendant les récessions et leur croissance diminue, ou devient négative, en sortie de récession. Il faut au gouvernement de deux à trois ans pour ajuster les dépenses de santé à la situation économique. Il y a donc une adaptation très serrée de l'évolution des dépenses de santé à l'état de l'économie.

Pendant deux périodes, de 1990 à 1997 et de 1997 à 2003, les transferts fédéraux, les revenus autonomes du gouvernement du Québec et le service de la dette ont pointé dans la même direction. La première période réunit les pires conditions : durant la récession de 1989-1992, les transferts fédéraux pour la santé sont en chute libre, les revenus propres du gouvernement du Québec stagnent et le service de la dette s'accroît. Les dépenses de santé, et en particulier celles consacrées aux services du régime public et universel, diminuent en termes réels.

## Parts dans le PIB

Leurs parts dans le PIB et dans les dépenses gouvernementales diminuent. Puis suit une période « de grâce » de 1997 à 2003 : à la faveur d'une croissance économique continue, les revenus propres du gouvernement croissent aussi malgré les baisses d'impôt, le fédéral rétablit les transferts pour la santé et le service de la dette ne croît plus.

Tous ces facteurs ne vont pas toujours de concert. Par exemple, de 2003 à 2006, les revenus propres du gouvernement ne croissent plus, mais les transferts fédéraux

continuent leur ascension. En 2006, l'augmentation des transferts se stabilise, mais les revenus propres prennent le relais.

Le vrai défi du financement des services de santé dans les prochaines années réside dans le jeu des mêmes facteurs. La réaction du gouvernement du Québec à la récession de 2008 l'illustre : avec la récession, les revenus propres ont diminué, les dépenses « hors santé » se sont accrues, de même que le déficit. On voit poindre une augmentation du service de la dette et une diminution du rythme d'accroissement des dépenses de santé.

### **Des faits et des mythes**

En résumé : 1) la croissance des dépenses publiques de santé par rapport au PIB n'est pas hors de contrôle ; 2) elle dépend du jeu entre plusieurs facteurs : l'évolution de l'économie, des revenus propres du gouvernement, du service de la dette et des transferts fédéraux ; 3) une convergence négative de ces facteurs s'annonce en 2017 avec un service de la dette gonflé par les déficits dus à la récession de 2008, la croissance moindre des transferts fédéraux, une économie ralentie, d'où une baisse des revenus propres du gouvernement ; 4) le vieillissement de la population, si souvent pointé du doigt, ne représente que 1 % parmi les vecteurs d'augmentation des dépenses de santé (technologies, médicaments et rémunération) ; et 5) la part des dépenses totales en santé est très élevée au Canada, il est difficile de soutenir l'argument du « sousfinancement ».

Les débats publics portant sur la direction à donner à notre système de santé doivent reposer sur des faits. Il n'y a ni effondrement inéluctable, ni sousfinancement machiavélique. Le défi est ailleurs. Premièrement, dans la capacité d'identifier les périodes historiques difficiles où il faut préserver les acquis, et d'autres caractérisées par la croissance des dépenses de santé qu'il faut apprécier à long terme et cesser de confondre avec l'apocalypse annoncée ; deuxièmement, dans l'adaptation très difficile des pratiques cliniques aux besoins contemporains. Le financement et l'organisation des services doivent être fonction des exigences des pratiques cliniques plutôt que l'inverse. À partir de là, les arguments sur les meilleures voies à suivre peuvent se développer, s'enrichir et se confronter dans l'espace public. Il n'y a rien de plus naturel, ni de plus sain. Ceci nous permet d'espérer un dialogue ouvert entre la « gauche efficace » et la « droite intelligente ».

Les auteurs précisent que toutes leurs données proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé, de Finances Canada et du Système de gestion financière de Statistique Canada. Elles sont en dollars constants (hors inflation).

*François Béland est expert-conseil auprès d'EvidenceNetwork.ca et Professeur titulaire au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal; Philippe Couillard, Ministre de la Santé et des Services sociaux de 2003 à 2008.*

**août 2012**

# Waiting for Care

## SECTION 1

# What the rest of Canada can learn from BC

## *How offering doctor incentives improves health outcomes and may save the healthcare system*

MARCUS HOLLANDER AND GAREY MAZOWITA



Recently hundreds of people lined up for hours outside a new medical clinic near Ottawa, all hoping to get a family doctor.

Those people knew intrinsically what research shows: people with family doctors stay healthier and get more appropriate medical care. And, moreover, they cost the healthcare system less, too — mostly because family doctors help prevent hospitalizations.

Some 4.5 million Canadians are without a family doctor. The reasons for this are many, including the training of too few doctors in the 1990s, more doctors working part time hours, more doctors retiring, and fewer graduating doctors choosing family medicine.

Provinces have been attempting ambitious and far-reaching reforms with new impetus over the last decade. Ontario, Quebec and Alberta have largely embraced structural reform, changing how services are delivered, creating community health clinics or family health teams with other allied health professionals like nurse practitioners, and putting doctors on salary or other payments models rather than traditional fee-for-service payments. Many of these changes have been to encourage doctors to leave solo or small group practices to join allied health teams and to change the way they are paid.

### **BC takes a different path**

British Columbia has chosen a different route, opting to focus on operational reforms rather than structural reforms, through an active dialogue with physicians, patients and other

stakeholders to better align physician reimbursement with the provision of care to patients with complex health conditions and by supporting family doctors (also called General Practitioners or GPs) to feel better equipped both clinically and practically to do their job.

At the heart of BC's approach is the conviction that the doctor-patient relationship — that long term bond forged over time — is the critical attribute that promotes healthier patients and more appropriate, cost-effective care, a relationship that is not typically matched by episodic or specialist care providers.

Since 2002, a committee of doctors and government representatives called the General Practice Services Committee (GPSC) has been overseeing the reform of BC's family medicine services. Prior to this, BC's relationship between doctors and government had been marked by more than three decades of rancour. The two sides, however, came together by focusing not on what is best for doctors or government, but on what is best for patients.

### **Incentive payments improve efficiency, increase capacity**

The GPSC has introduced an array of programs into the province's fee-for-service system, open to all GPs but completely voluntary. A wide variety of incentive payments are now being given for managing patients with various chronic conditions or complex health needs. These incentives

encourage doctors to take on sicker patients rather than to self-select healthier patients.

Generous maternity care bonuses are designed to encourage more doctors to deliver babies and significant recruitment incentives are designed to lure new doctors to underserved areas. New fees for group visits and telephone and email consultations with patients are enabling doctors to increase their capacity to treat patients and to improve office efficiency.

### **Training doctors, staff improves care and wait times**

In addition to financial incentives, the GPSC is supporting family doctors with clinical and office management training through its Practice Support Program. Doctors and their office staff are paid to attend a series of training modules that address skill sets doctors say they need.

For example in a 2008 survey, BC family physicians said mental health conditions were their highest need for further training and support. The Practice Support Program launched an Adult Mental Health module in 2009 using GP 'champions' to teach screening tools, diagnostic assessment, treatment options and care planning to their GP colleagues.

Medical office assistants are trained in patient scheduling, billing and interpersonal office skills. Of the GPs who took the mental health training, 94 per cent said it resulted in improved patient care. Another training model on more efficient patient scheduling has enabled doctors to

significantly reduce wait times, enabling urgent patients to be seen on the same day and shortening the time for regular appointments by four to five days.

## **Cooperative networks foster innovative solutions**

One of BC's most unique initiatives is the creation of 'Divisions of Family Practice.' The divisions are local cooperative networks for formerly isolated family doctors that increase their influence on healthcare delivery and policy in their community, and make them better able to work together with regional health authorities to address gaps in patient care.

One of the gaps that divisions will address is the estimated 200,000 people in BC without family doctors by developing remedies, such as incentives for doctors to accept orphaned patients or as a group hiring other allied health professionals to help meet patients' needs.

BC's model is not without its weaknesses, but it is showing so far that the unprecedented co-operation between government and doctors has been a critical attribute for success and is leading to better patient care, increased job satisfaction among family doctors, and contributing to fewer hospitalizations and lower system costs — all without radically restructuring the existing system.

*Dr. Garey Mazowita is the Chair of the Department of Family and Community Medicine at Providence Healthcare in Vancouver, BC and a member of the GPSC.*

**Marcus J. Hollander, PhD**, is a national health services and policy researcher and an expert Advisor for EvidenceNetwork.ca. His firm is conducting a comprehensive evaluation of fee incentives and training modules for the GPSC.

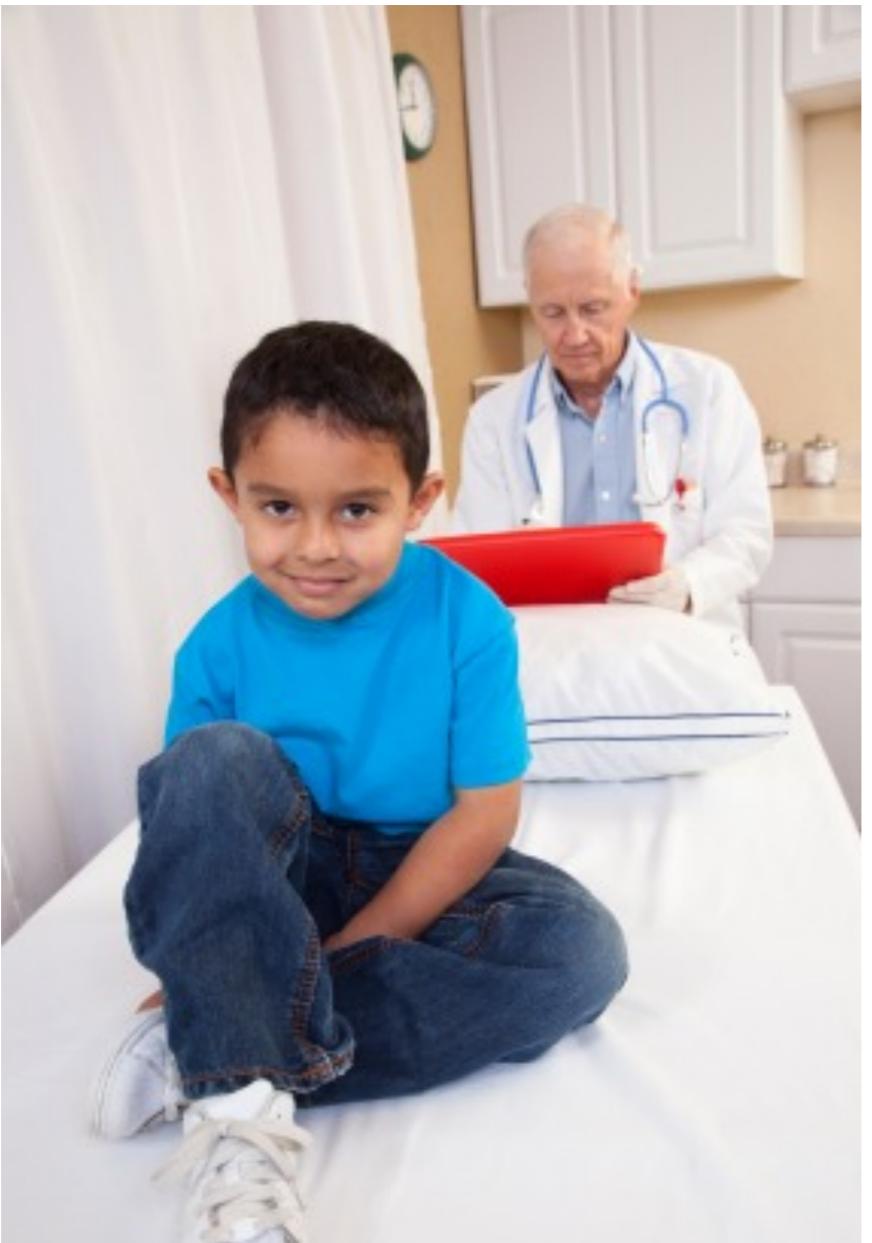
*A version of this commentary appeared in the Hill Times, Toronto Star and the Sudbury Star.*

**September 2011**

## SECTION 2

# L'offre de primes d'encouragement aux médecins améliore les résultats cliniques et peut sauver le système de soins

MARCUS HOLLANDER ET GAREY MAZOWITA



Des centaines de personnes ont fait la file récemment devant une nouvelle clinique près d'Ottawa dans l'espoir d'obtenir un médecin de famille.

Ces gens savent intrinsèquement ce que les recherches démontrent : les gens qui ont un médecin de famille restent en meilleure santé et obtiennent des soins médicaux plus appropriés. En outre, ils coûtent aussi moins cher au système de soins de santé, surtout parce que les médecins de famille aident à prévenir les hospitalisations.

Environ 4,5 millions de Canadiens et de Canadiennes n'ont pas de médecin de famille. Cet état de fait s'explique notamment par le fait que peu de médecins ont été formés dans les années 1990, qu'un plus grand nombre de médecins travaillent aujourd'hui à temps partiel, qu'un grand nombre de médecins prennent leur retraite et que moins de médecins font carrière en médecine familiale.

Au cours de la dernière décennie, certaines provinces ont entrepris des réformes ambitieuses et d'envergure qui leur donnent un nouvel élan. L'Ontario, le Québec et l'Alberta ont adopté en grande partie une réforme structurelle, comportant une façon différente de fournir les services, l'ouverture de cliniques de santé communautaires ou la formation d'équipes de médecine familiale composées d'autres professionnels de la santé comme des infirmières praticiennes, et l'offre aux médecins d'un salaire ou d'une autre forme de rémunération que le paiement traditionnel à l'acte. Nombre de ces changements visaient à inciter les médecins à quitter leur

pratique indépendante ou en petit groupe pour se joindre à une équipe de professionnels de la santé et à modifier leur rémunération.

### **La Colombie-Britannique choisit une autre voie**

La Colombie-Britannique a opté pour une autre voie en choisissant de se concentrer sur des réformes opérationnelles plutôt que structurelles. Pour ce faire, elle a établi un dialogue actif avec les médecins, les patients et les autres parties prenantes, avec pour objectif de mieux ajuster la rémunération des médecins selon la prestation de soins aux patients souffrant de maladies complexes et de soutenir les médecins de famille (aussi appelés « omnipraticiens » ou « médecins généralistes (MG) ») afin qu'ils et elles se sentent mieux équipés, tant des points de vue clinique que pratique, pour faire leur travail.

L'approche de la C.-B. repose sur la conviction que la relation médecin-patient – ce lien à long terme qui se forme au fil des ans – est l'élément clé qui favorise une meilleure santé chez les patients ainsi que des soins plus adéquats et rentables. Les fournisseurs de soins épisodiques ou spécialisés ne peuvent généralement pas offrir une relation de cette qualité.

Depuis 2002, un comité de médecins et de représentants du gouvernement appelé le General Practice Services Committee (GPSC) supervise la réforme des services de médecine familiale de la C.-B. La relation entre les médecins et le gouvernement de la C.-B. a été auparavant marquée par plus de trois décennies de rancœur. Les deux parties se sont

cependant réconciliées en misant non pas sur ce qui est mieux pour les médecins ou le gouvernement, mais ce qui est mieux pour les patients.

### **Les primes d'encouragement améliorent l'efficience et augmentent la capacité**

Le GPSC a mis en place un ensemble de programmes dans le système de rémunération à l'acte de la province, qui est ouvert à tous les MG, qui peuvent choisir d'y participer ou non. Un vaste choix de primes d'encouragement est à présent offert pour la prise en charge de patients souffrant de diverses conditions chroniques ou qui ont des besoins de santé complexes. Ces primes encouragent les médecins à prendre des patients plus malades plutôt que de choisir eux-mêmes des patients en meilleure santé.

De généreuses primes pour les soins de maternité sont offertes pour encourager plus de médecins à faire des accouchements et d'importants incitatifs de recrutement visent à attirer les nouveaux médecins dans les régions mal desservies. De nouveaux honoraires pour les visites de groupe et les consultations par téléphone et par courriel avec les patients permettent aux médecins d'accroître leur capacité à traiter des patients et d'améliorer l'efficacité de leur cabinet.

### **La formation des médecins et de leur personnel améliore les soins et les temps d'attente**

En plus des incitations financières, le GPSC, par l'intermédiaire de son Practice Support Program, soutient les

médecins de famille en leur offrant des formations en conduite de clinique et en gestion de cabinet de médecin. Les médecins et les membres de leur personnel sont payés pour assister à une série de modules de formation portant sur des compétences dont les médecins reconnaissent avoir besoin.

Par exemple, dans un sondage effectué en 2008, les médecins de famille de la C.-B. ont affirmé que leur plus grand besoin de formation et de soutien était lié aux problèmes de santé mentale. Le Practice Support Program a lancé un module sur la santé mentale des adultes et fait appel à des MG « champions » pour enseigner les outils de dépistage, les évaluations diagnostiques, les options de traitement et la planification des soins à leurs collèges MG.

Les assistantes et assistants de bureau de médecin reçoivent des formations sur l'établissement des calendriers, la facturation et les relations interpersonnelles. Du nombre de MG ayant suivi la formation en santé mentale, 94 pour cent ont affirmé avoir constaté ensuite une amélioration des soins aux patients. Une autre formation sur l'attribution plus efficace de rendez-vous aux patients a permis aux médecins de réduire grandement les temps d'attente et ainsi de voir les patients ayant un besoin urgent le jour même et de réduire de quatre ou cinq jours le délai pour les rendez-vous de routine.

### **Les réseaux coopératifs favorisent la mise en œuvre de solutions innovatrices**

L'une des initiatives les plus uniques en C.-B. est la création des « Divisions of Family Practice ». Ces unités de médecine

familiale sont des réseaux coopératifs locaux s'adressant aux médecins de famille qui travaillaient auparavant seuls. Ces réseaux augmentent l'influence des médecins sur la prestation de soins et les politiques dans leur milieu, et facilitent leur collaboration avec les autorités régionales de la santé pour remédier aux lacunes dans les soins aux patients.

On estime que 200 000 personnes en C.-B. n'auraient pas de médecin de famille et ces unités s'attaqueront entre autres à ce problème en mettant en œuvre des solutions, comme l'offre de primes aux médecins qui acceptent des patients qui n'ont pas de médecin de famille ou à un groupe de médecins qui embauche d'autres professionnels de la santé pour aider à répondre aux besoins des patients.

Le modèle de la C.-B. n'est pas sans faiblesses, mais il démontre à ce jour que la nouvelle collaboration entre le gouvernement et les médecins est essentielle au succès et mène à de meilleurs soins pour les patients et une plus grande satisfaction au travail chez les médecins de famille. Ces facteurs contribuent à leur tour à réduire le nombre d'hospitalisations et les coûts du système, tout en ne modifiant pas radicalement le système existant.

*Dr Garey Mazowita est directeur du département de médecine familiale et communautaire au Providence Healthcare à Vancouver, en C.-B., et membre du GPSC.*

*Marcus J. Hollander, Ph. D., est chercheur en services et politique de santé au Canada, et conseiller expert auprès d'EvidenceNetwork.ca. Son cabinet effectue actuellement une*

*évaluation complète des primes d'encouragement et des modules de formation pour le GPSC.*

**septembre 2011**

## SECTION 3

# Why we never seem to have enough hospital beds in Canada

*Time to revisit healthcare funding models*

JASON SUTHERLAND AND TRAFFORD CRUMP



Canada has over 70,000 hospital beds and spends more than \$47 billion a year on hospital care, yet accessing these beds when they're needed most remains an important public health concern. Patients regularly experience long emergency room waits and canceled surgeries as a result of the health system's inability to make hospital beds readily available. Understandably, frustrations run high.

Changing the way healthcare is funded can be an important solution to this problem.

Many hospital beds are being used by patients who no longer require the specialized equipment or nursing care provided by a hospital. These patients are often approved for discharge by their doctor and are awaiting placement in a continuing care facility — either hospital-based rehabilitation, residential or home care. They remain hospitalized simply because there are no appropriate continuing care settings that can accommodate their medical and social needs.

Most of these patients don't want to be in hospital, yet they use over 7,500 hospital beds each and every day in Canada — a stunningly inefficient use of hospital services that is unparalleled in other developed countries.

### **Siloed funding models create perverse financial incentives**

In a recent [report](#) published by the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), we target the complex

underlying factors that have made effective solutions to Canada's 'hospital bed problem' difficult to implement.

First, there is a disparate mix of stakeholders with different objectives, including publicly-funded physicians and hospitals, and a mix of publicly- and privately-funded continuing care providers. They all need to work together to empty the beds currently occupied by patients who no longer need to be in hospital, and to divert future unnecessary hospital-based care. This is a tall order when financial incentives are not aligned among providers to achieve these fundamental goals.

Second, healthcare providers are funded in 'silos': one silo funds hospitals, one funds doctors, and still others fund rehabilitative, residential and home care. These silos can create perverse financial incentives that don't optimize scarce healthcare dollars.

For example, hospitals are paid one lump sum to cover the care of all their patients, creating little incentive to discharge a less expensive patient and, in return, admit a new, expensive patient without any change in revenue.

In continuing care — with the exception of recent, and tentative, steps in Alberta and Ontario — providers are not remunerated based on the complexity of patients, an effect which makes it challenging for these providers to look beyond the additional costs of providing care to complex patients stuck in hospital beds.

Expanding acute hospital capacity is unappealing for multiple reasons. While this might resolve the problem temporarily, it fails to address the underlying problem of transitioning patients to continuing care. Few patients would want to live in a hospital setting. This is also the most expensive option that has been tried in the past with no success — except to increase hospital expenditures.

Expanding continuing care capacity is another option. However, the care and social needs of waiting patients are so varied that unmanaged expansion of continuing care, of the right kind, in the right amount, in the right geographic area could also prove unsuccessful over time.

### **Financial incentives don't undermine medicare**

So what's the solution?

Research has shown that financial incentives have been effective at motivating changes in healthcare provider behavior. To date, the use of financial incentives has not been pursued in Canada, in part, because of its association with privatized healthcare. But cost effective methods that free hospital capacity, and don't undermine Canada's public health system, should be viewed positively, and as a step forward.

One potential solution is to change the way continuing care providers are funded and align their financial incentives with those of hospitals. We should give continuing care providers the financial tools to strengthen care coordination with

hospitals and to be fairly reimbursed for accepting the most complex patients.

A potential arrangement might take the form of a one-time, per-patient, payment to continuing care providers that accept patients who would otherwise remain waiting in hospitals.

Creating this incentive would accomplish two things. First, it would reward continuing care providers for ‘pulling’ patients to appropriate lower intensities of care. Second, it would free-up the current stock of hospital beds and is well worth the expenditures.

Clearly our current system undermines the provision of effective and safe care when Canadians need it most. Creating necessary financial incentives and investing in home-based care may be just what we need to improve hospital efficiency, free-up hospital beds, reduce waitlists and improve patients’ experiences with the healthcare system.

*Jason Sutherland is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and an Assistant Professor, and Trafford Crump, post doctoral fellow at the Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia. They are the authors of **Exploring Alternative Level of Care (ALC) and the Role of Funding Policies** with the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF).*

*A version of this commentary appeared in the Huffington Post, Vancouver Province and the Hill Times.*

**February 2012**

## SECTION 4

# Pourquoi semble-t-il que nous n'ayons jamais assez de lits d'hôpitaux au Canada?

*Il est temps de revoir les modèles de financement des soins de santé*

JASON SUTHERLAND ET TRAFFORD CRUMP



Le Canada compte plus de 70 000 lits d'hôpitaux et dépense plus de 47 milliards de dollars par année en soins hospitaliers. Pourtant, l'accès à ces lits au moment où l'on en a le plus besoin demeure une préoccupation importante en matière de santé publique. De façon régulière, les patients subissent de longs temps d'attente dans les salles d'urgence et voient leur chirurgie annulée, en raison de l'incapacité du système de santé à fournir rapidement des lits d'hôpitaux. Bien entendu, les frustrations s'accumulent.

Des modifications au mode de financement des soins de santé peuvent constituer une importante solution au problème.

Plusieurs lits d'hôpitaux sont occupés par des patients qui n'ont plus besoin de l'équipement spécialisé ni des soins infirmiers fournis dans un centre hospitalier. Leur médecin les ayant déjà autorisés à quitter l'hôpital, ces patients attendent qu'une place se libère dans un établissement de soins continus, soit pour de la réadaptation en milieu hospitalier ou pour des soins en établissement ou à domicile. Ils demeurent à l'hôpital uniquement parce qu'il n'y a pas d'établissement de soins continus qui peut répondre adéquatement à leurs besoins médicaux et sociaux.

La plupart de ces patients ne veulent pas séjourner dans un centre hospitalier, mais jour après jour, ils occupent plus de 7 500 lits d'hôpitaux au Canada; il s'agit là d'une utilisation incroyablement inefficace des services hospitaliers que l'on ne retrouve pas dans les autres pays développés.

## Des modèles de financement cloisonnés donnent lieu à des incitations financières perverses

Dans un récent rapport publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), nous cernons les facteurs complexes sous-jacents qui font que les solutions efficaces aux problèmes de lits sont difficiles à mettre en place dans les hôpitaux du Canada.

Il existe a priori un ensemble disparate d'intervenants ayant différents objectifs, y compris les médecins et les hôpitaux financés à partir des deniers publics et un éventail de fournisseurs de soins dans les secteurs public et privé. Ils doivent travailler tous ensemble à libérer les lits qu'occupent actuellement des patients qui n'ont plus besoin de demeurer à l'hôpital et à utiliser à d'autres fins les soins en milieu hospitalier qui pourraient s'avérer inutiles. Il s'agit là d'un objectif de taille lorsque les incitations financières ne favorisent pas l'harmonie entre les fournisseurs en vue d'atteindre ces objectifs fondamentaux.

Deuxièmement, le financement des fournisseurs de soins santé se fait souvent en « vase clos » : une structure finance les hôpitaux, une autre, les médecins et d'autres encore, les soins de réadaptation, les soins en établissement ou à domicile. Ces structures peuvent engendrer des incitations financières perverses qui ne maximisent pas les sommes limitées investies dans le secteur de la santé.

À titre d'exemple, les hôpitaux reçoivent un montant forfaitaire qui couvre tous les soins prodigués à l'ensemble de

leurs patients, ce qui les incite peu à autoriser un patient moins coûteux à sortir pour admettre en échange un nouveau patient plus coûteux sans subir de changement dans les recettes.

Pour les soins continus, à l'exception des mesures et tentatives récentes entreprises en Alberta et en Ontario, les fournisseurs sont rémunérés en fonction de la complexité des soins offerts aux patients. Il est ainsi difficile pour ces fournisseurs de porter leur attention au-delà des coûts supplémentaires associés aux soins complexes prodigués à des patients alités à l'hôpital.

Pour de nombreuses raisons, une expansion de la capacité d'offrir des soins de courte durée dans le réseau hospitalier n'est pas attrayante. Bien que cette mesure puisse résoudre le problème de façon temporaire, elle ne remédié pas au problème sous-jacent de transition des patients vers les soins continus. Peu de patients aimeraient vivre en milieu hospitalier. Il s'agit là également de l'option la plus coûteuse qui a été mise à l'essai par le passé, et ce, sans succès, à l'exception d'une augmentation des dépenses des hôpitaux.

L'expansion des soins continus constitue une autre option. Toutefois, les soins prodigués aux patients en attente ainsi que leurs besoins sont si diversifiés qu'une absence de gestion de l'expansion des soins continus appropriés, en quantité suffisante, dans le bon secteur géographique, pourrait faire en sorte qu'on n'obtienne pas les résultats escomptés au fil du temps.

## Les incitations financières ne compromettent pas le régime d'assurance-maladie

Alors, quelle est la solution?

Les travaux de recherche indiquent que les incitations financières se sont révélées efficaces pour encourager les fournisseurs de soins à apporter des changements à leur comportement. Jusqu'à maintenant, l'utilisation des incitations financières ne s'est pas poursuivie au Canada, en partie parce qu'elle a été associée aux soins de santé privatisés. Mais les méthodes rentables qui permettent de libérer la capacité des hôpitaux et qui ne fragilisent pas le système de santé public du Canada devraient être perçues de façon positive et comme un pas dans la bonne direction.

Une solution possible consiste à modifier le mode de financement des fournisseurs de soins et à harmoniser leurs incitations financières avec celles des hôpitaux. Nous devrions doter les fournisseurs de soins continus d'outils financiers pour renforcer la coordination des soins avec les hôpitaux et pour leur permettre de bénéficier d'un remboursement équitable pour avoir accepté de prodiguer des soins plus complexes aux patients.

Un arrangement potentiel pourrait prendre la forme d'un paiement unique par patient aux fournisseurs de soins continus acceptant des patients qui, autrement, seraient laissés en attente dans les hôpitaux.

La mise en place de cette mesure incitative permettrait d'atteindre deux objectifs. Dans un premier temps, on pourrait ainsi récompenser les fournisseurs de soins continus pour avoir « redirigé » les patients vers des soins de santé de plus faible intensité. Deuxièmement, cette mesure permettrait de libérer le nombre actuel de lits d'hôpitaux tout en justifiant amplement les dépenses.

Il va de soi que notre système actuel compromet la prestation de soins efficaces et sûrs au moment où les Canadiens en ont le plus besoin. Il se peut que la mise en place des incitations financières requises ainsi que des investissements dans les soins à domicile suffisent à améliorer l'efficacité des centres hospitaliers, à libérer des lits d'hôpitaux, à réduire les listes d'attente et à améliorer les expériences que vivent les patients au sein du système de santé.

*Jason Sutherland est expert-conseil à EvidenceNetwork.ca et professeur adjoint. Trafford Crump, est boursier postdoctoral au Centre de recherche sur les services et les politiques en santé, de l'Université de la Colombie-Britannique. Ils sont les auteurs du document *Exploration de l'enjeu des niveaux de soins alternatifs (NSA) et le rôle des politiques de financement*, publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).*

**février 2012**

# Are Canada's Premiers serious about innovation in public healthcare?

*Real innovation means changing how we compensate and incent the people who have the biggest impact on quality and cost of care: healthcare professionals*

CY FRANK



The task of reforming public healthcare has been left in the hands of Canada's premiers after the federal government dropped a 10-year non-negotiable funding plan in their laps and beat a quick retreat into the tall grasses.

Ottawa's over-to-you strategy comes complete with no strings attached to how they spend the \$40 billion a year they receive in federal health transfers. The premiers are free to innovate, and they intend to do so, having formed a Healthcare Innovation Working Group coming out of January's Council of the Federation meeting.

If Canada's premiers are serious about innovation, they could begin with transforming the conventional compensation models that are lacking any incentives related to patient outcomes or health system efficiency.

Start with physicians and specialists who are paid on a fee-for-service basis. They receive the same fee regardless of complexity and time involved. A patient who needs a blood pressure check or prescription renewal — a 10-minute visit to the family physician — generates the same revenue as one who has a serious disease and consumes an hour of physician time. In the operating room, an orthopaedic surgeon performing a hip replacement is paid the same fee regardless of complexity and whether surgery takes 60 minutes or 160 minutes. The anaesthesiologist is similarly compensated.

These healthcare professionals are, in fact, responsible for the hospital, drug and other treatment decisions that drive nearly three-quarters of the total costs of healthcare, which have

reached nearly \$200 billion a year in Canada. Yet they are incented only to increase volumes. More patients, more revenue. As further evidence of the disconnect, surgeons and anaesthesiologists work as a team in the OR with nurses, who are paid an hourly rate over an assigned period. Numbers of patients are not as relevant to them.

This problem is becoming more pronounced as healthcare practice shifts increasingly to a team model. This shift has been driven primarily by the rise in chronic diseases, which have replaced infectious diseases as the major healthcare challenge in Canada and other developed countries. Chronic diseases, such as osteoarthritis and diabetes, require multifaceted, multidisciplinary services that are delivered most effectively in a team setting.

In Alberta, for example, most patients who need a hip or knee replaced are managed through a central intake clinic where they are assigned a team whose members include the surgeon, an internal medicine specialist, a nurse, a physiotherapist and a case manager. Other professionals, such as dieticians and occupational therapists, are drawn into the team as needed.

An innovative next step would be strengthening the alignment between team members by assigning a case rate to each of the patients they treat, adjusted for the complexity of the case.

A further innovation would involve adding incentives tied to team performance against provincial benchmarks in critical areas such as access, patient outcomes (adjusted for the severity of patient condition), and efficient use of public

resources. Benchmarks could include wait time for surgery, time from surgery to walking, days in hospital, time in the OR, and patient satisfaction to name a few.

Alberta has already experimented successfully with incentives tied to provincial benchmarks for hip and knee replacements. These benchmarks are part of a standardized care path that has been rolled out across the province over the past few years.

In the experiment, hip and knee replacement teams across Alberta set out to reduce patient stay in hospital to a four-day benchmark while also striving for other performance improvements. The result: a measured annualized savings of almost 11,000 hospital bed-days, which translates to more than \$9 million in found efficiency.

The teams' incentive: the savings in resources were pumped back into hip and knee replacement services where the teams could see the impact of their success first-hand, rather than disappearing back into the system as a whole.

The downstream benefit is impressive: saving 11,000 hospital bed-days opens up capacity to perform an extra 2,750 hip and knee replacements. More surgeries mean shorter wait lists and wait times without incurring incremental costs.

While non-monetary, the incentive was nevertheless highly rewarding to the teams, proving that financial compensation is not necessarily the motivating factor in doing better,

especially in healthcare where the thinking is focused on patient services.

This ‘experiment’ has become a permanent program in Alberta involving at least one team at every hospital in the province where hip and knee replacement surgery is performed.

Public healthcare in Canada will be bankrupt without innovative change. A good place to start is with how we compensate and incent the people who have the most impact on costs and quality of care. The grassroots approach used in Alberta together with using evidence to guide decisions — not ever bigger dosages of money — is the key to sustainability.

As B.C. Premier Christy Clark, who hosted the premiers’ meeting, said: “There are some big issues in healthcare that we have to address and I think it’s going to take some political courage to do that.” Compensation tied to multidisciplinary teams of healthcare professionals is one area that will take political courage. But in the face of rising need, spiralling costs and diminishing taxpayer capacity to pay, injecting innovation into the system, even if painful, is the most compassionate and responsible action Canadians can take.

*Cy Frank is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, and an orthopaedic surgeon practicing in Calgary. He is also the Executive Director of the Alberta Bone and Joint Health Institute, professor of surgery in the Division of Orthopaedics, University of Calgary, and the McCaig Professor of Joint Injury and Arthritis Research.*

*A version of this commentary appeared in the Calgary Herald and the Hill Times.*

**February 2012**

# Les premiers ministres provinciaux oseront-ils innover en matière de santé?

*Pour y arriver, il faudra transformer la façon dont on rémunère et motive ceux qui ont la plus grande incidence sur la qualité et le coût des soins : les professionnels de la santé*

CY FRANK



La responsabilité de réformer le système public de santé incombe désormais aux premiers ministres provinciaux, depuis que les provinces se sont fait coller un plan de financement non négociable de dix ans par le gouvernement fédéral, qui s'est empressé après coup de se replier dans ses quartiers.

La stratégie d'Ottawa, qui revient à dire « la balle est dans votre camp », n'est assortie d'aucune condition sur la façon de dépenser les 40 milliards annuels en transferts pour la santé. Les premiers ministres sont libres d'innover à leur guise, ce qu'ils entendent d'ailleurs faire, comme en témoigne le nouveau Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé créé lors de la réunion du Conseil de la fédération en janvier dernier.

Si les premiers ministres provinciaux entendent réellement innover, ils pourraient commencer par transformer les modèles convenus de rémunération qui ne comportent aucun incitatif axé sur les résultats de santé ou sur l'efficacité du système de santé.

Prenons tout d'abord les médecins et les spécialistes, qui sont payés selon le principe de la rémunération des services. Peu importe la complexité de la tâche ou le temps qu'ils lui consacrent, les honoraires sont les mêmes. Vérifier la pression artérielle d'un patient ou renouveler une ordonnance — l'affaire de dix minutes — rapporte le même montant qu'une consultation d'une heure auprès d'un patient souffrant d'une maladie grave. En salle d'opération, les honoraires pour un

remplacement de la hanche par un chirurgien orthopédiste sont les mêmes quelle que soit la complexité du cas, que l'intervention dure 60 minutes ou 160. Même chose pour les anesthésistes.

En fait, ces professionnels de la santé assument la responsabilité, en matière d'hospitalisation, de médication et de traitement, d'un ensemble de décisions représentant près des trois quarts de l'enveloppe totale en matière de soins de santé, soit quelque 200 milliards de dollars par an au Canada. Or leur seul incitatif est celui d'augmenter le nombre de dossiers traités. Plus vous voyez de patients, et plus vos revenus augmentent. Autre preuve de cet illogisme : en salle d'opération, les chirurgiens et les anesthésistes travaillent en équipe avec des infirmières qui sont payées à l'heure pour une durée désignée. Le nombre de patients n'a pas la même incidence dans leur cas.

Le problème devient plus marqué avec l'adoption de plus en plus courante d'un modèle d'équipe en matière de prise en charge. Ce changement est motivé principalement par l'augmentation des maladies chroniques, qui ont remplacé les maladies infectieuses au rang de grand défi en matière de santé au Canada et dans d'autres pays développés. Les maladies chroniques comme l'ostéoarthrose et le diabète requièrent des services polyvalents et multidisciplinaires; rien de mieux qu'une équipe pour les dispenser.

En Alberta, par exemple, la majorité des patients qui nécessitent un remplacement de la hanche ou du genou sont

pris en charge par une clinique centralisée, où ils sont assignés à une équipe comprenant un chirurgien, un interniste, une infirmière, un physiothérapeute et un gestionnaire de cas. D'autres professionnels sont appelés à intervenir au besoin, comme une diététicienne ou un ergothérapeute.

Une deuxième mesure innovatrice à envisager serait de renforcer l'harmonisation des interventions au sein des équipes de soins en fixant les honoraires en fonction de chaque patient et ajustés selon la complexité du cas.

Une autre innovation consisterait à ajouter des mesures incitatives liées au rendement d'équipe et établies en fonction de critères provinciaux en matière d'accès, de résultats de santé (ajustés selon la gravité des cas) et l'usage efficace des fonds publics. Ces paramètres pourraient aussi comprendre les temps d'attente pour une chirurgie, le temps écoulé entre le moment de la chirurgie et celui où le patient se lève, la durée du séjour à l'hôpital, le temps passé en salle d'opération et le taux de satisfaction des patients, pour ne nommer que ceux-là.

L'Alberta a tenté l'expérience avec succès relativement aux remplacements de la hanche et du genou, en adoptant des mesures incitatives établies en fonction de critères provinciaux. Ces critères font partie d'un protocole de soins qui a été déployé sur tout le territoire de la province.

Au cours de la période d'essai, des équipes responsables des remplacements de hanche et de genou un peu partout en

Alberta se sont employées à réduire la durée des hospitalisations à quatre jours, tout en cherchant à améliorer d'autres aspects relatifs au rendement. Résultat : une épargne annualisée de près de 11 000 jours-patient, soit plus de neuf millions de dollars en gain d'efficacité.

Le facteur de motivation pour les équipes responsables? Les ressources économisées étaient réinvesties dans les services de remplacement de la hanche et du genou. Leurs membres étaient donc directement témoins des effets engendrés par leurs réussites, plutôt que d'avoir l'impression qu'ils se produisaient quelque part ailleurs dans le système de santé.

L'avantage d'aval est impressionnant : le fait d'économiser 11 000 jours-patient donne la possibilité d'effectuer 2 750 remplacements supplémentaires de la hanche et du genou. Et un plus grand nombre d'interventions signifie des listes et des temps d'attente moins longs, sans augmentation des coûts marginaux.

Même si elle n'était pas monétaire, cette mesure incitative s'est avérée extrêmement gratifiante pour les équipes néanmoins, ce qui démontre que la rémunération ne constitue pas l'unique facteur de motivation quand on veut améliorer les choses, en particulier dans le secteur de la santé où les services aux patients constituent la grande préoccupation.

L'« expérience » menée en Alberta s'est transformée en programme permanent auquel participe au moins une équipe dans chaque hôpital où se pratiquent des remplacements de la hanche et du genou.

Sans changements innovateurs, le système de santé canadien est destiné à la banqueroute. Un bon point de départ pourrait être une réflexion sur la façon dont nous rémunérons et motivons les personnes qui ont le plus d'incidence sur les coûts et la qualité des soins. La clé de la pérennité réside dans une approche sur le terrain semblable à celle de l'Alberta, où les décisions sont guidées par l'examen des données probantes, plutôt que dans l'injection continue de fonds en plus en plus importants.

Christy Clark, première ministre de la Colombie-Britannique, a affirmé que « le système de santé connaissait de graves problèmes qu'il allait falloir régler, ce qui va exiger beaucoup de courage politique. »

La rémunération des professionnels de la santé au sein des équipes multidisciplinaires constitue en effet un dossier qui demandera du courage politique. Néanmoins, étant donné les besoins croissants, l'augmentation inexorable des coûts et l'affaiblissement de la capacité de payer des contribuables, l'injection d'une bonne dose d'innovation dans le système, même si elle promet d'être douloureuse, constitue la mesure la plus compassionnelle et responsable que les Canadiens peuvent prendre dans les circonstances.

*Cy Frank est expert-conseil auprès du site EvidenceNetwork.ca et chirurgien orthopédiste à Calgary. Il est directeur général du Alberta Bone and Joint Health Institute, professeur de chirurgie au département*

*d'orthopédie de l'Université de Calgary et professeur McCaig  
en recherche sur les lésions articulaires et l'arthrite.*

**février 2012**

# Alberta a leader in ‘curing’ wait times in the public health system

*How incentives, engagement with frontline health professionals and a centralized healthcare agency saved thousands of hospital bed-days a year*

CY FRANK



Sometimes public healthcare is like the human body. When you have an ailment in one area, you need to look somewhere else in the anatomy for the cause or the contributor.

Long wait times for hip and knee replacements are a good example. Cause: not enough surgeries to keep up with demand from an aging population. Well, that's part of the problem.

We also know that many patients stay in hospital longer than Alberta's four-day provincial benchmark for hip and knee surgeries. Evidence suggests that most often it's because the patient, who is medically ready to go home, has not arranged for someone to help with recovery at home or feels more secure surrounded by professional hospital staff.

But every hour an acute care bed remains occupied by a recovering patient who doesn't really need to be there is an hour the same bed cannot be occupied by another patient who needs a new hip or knee.

And for every patient, getting access to that bed means eliminating the stress of an unnecessary, very unpleasant and longer wait for surgery.

Alberta Bone and Joint Health Institute, having developed the four-day length-of-stay standard using international evidence, crunched the provincial hospital stay numbers for the Bone and Joint Clinical Network (BJCN) of Alberta Health Services (AHS). We found that in 2009-10, patients who had elective or planned hip replacement spent on average an extra 1.2 days

in hospital, while knee replacement patients stayed an extra three quarters of a day, beyond the four-day benchmark.

This may not seem excessive but cumulatively it means that approximately 16,000 bed-days would have been freed up had the average stay in acute care followed the recommended standard.

If these beds had been available for hip and knee replacement patients, this would have opened up bed capacity for another 4,000 surgeries. More surgeries mean shorter wait lists and wait times without incurring incremental costs.

The answer seems obvious: apply the four-day standard.

But healthcare decision-making is, by necessity, decentralized. Frontline staff in every orthopaedic unit across the province make local decisions, such as keeping a patient in acute care for an extra day, often without being aware or informed of the broader ‘system’ impact.

So AHS devised an experiment in 2010-11 using non-financial incentives to get frontline staff across the province engaged in applying the four-day benchmark. The BJCN was given the task of coordinating the clinical, operational and strategic aspects.

Multidisciplinary teams — surgeons, nurses, therapists and managers — were formed at 12 hospitals in the province where hip and knee surgery is performed. Each team set out

to reduce patient stay to the benchmark while also striving for other creative ways to improve performance.

Teams tracked their progress on a scorecard, met monthly for review, and shared results with other teams, creating an undercurrent of competition. Patients were managed more closely to ensure that they had a plan for coping at home after surgery. Those not medically ready to leave hospital, but not at risk, were moved into sub-acute care.

The experiment produced an impressive annualized savings of almost 11,000 acute care bed-days and was quickly adopted by AHS as a permanent program.

The final numbers aren’t in yet for 2011-12, but preliminary results suggest more than 13,500 bed-days have been saved, opening up bed capacity to potentially perform an extra 3,375 hip and knee replacements.

The teams’ incentive: a portion of the savings in resources were pumped back into hip and knee replacement services where the teams could see the impact of their success first-hand.

Partly on the strength of this success together with much more accurate measures of population needs, AHS added 1,080 hip and knee replacements to its planned volumes in 2011-12. Importantly, the cost of these surgeries was partly offset by the efficiencies from the reduced acute care stay.

Today, AHS is seeing its wait times for hip and knee surgery decline steadily. Part of the success is rooted in giving frontline healthcare professionals the means and incentives to participate directly in meeting the four-day benchmark. And part of the success comes from having moved to a single province-wide healthcare agency, which actually facilitates implementing provincial programs like this one.

Over the next few years, incremental surgery volumes together with the additional surgical capacity produced by freeing up beds should enable AHS to meet its ultimate target of a maximum 14-week wait in 2014-15 for an elective hip or knee replacement.

Public healthcare suffers from many ailments but, as Canada's premiers recognized when they formed their Healthcare Innovation Working Group in January, it also brims with opportunities if you look in the right places.

*Cy Frank is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca and the Executive Director of the Alberta Bone and Joint Health Institute. He is also an orthopaedic surgeon practicing in Calgary, professor of surgery in the Division of Orthopaedics, University of Calgary, and the McCaig Professor of Joint Injury and Arthritis Research.*

*A version of this commentary appeared in the Hill Times, Halifax Chronicle Herald, Edmonton Journal and Calgary Herald.*

**April 2012**

# Home and community care services vary widely across the country

*Why the Council of the Federation needs to address continuity of care*

KIMBERLYN MCGRAIL AND LINDA SILAS



Provincial premiers will be meeting as the Council of the Federation at the end of July in Halifax and healthcare is almost certain to be on the agenda. The first report from the First Ministers' Healthcare Innovation Working Group will be presented at the meeting, and was promised to address health human resource and service delivery issues with a national lens. The meeting will also present the opportunity to identify the next set of priorities for the working group.

The front-runner on the priority list should be home and community care. Here's why.

Home and community care is the collection of services that people receive outside of hospitals and doctors' offices. This includes nursing homes, as well as home healthcare, personal support services (like help with bathing or housekeeping), other community care services and, of course, care from family and friends.

Ideally, all care providers will work together to create a comprehensive approach to home and community care. When they do not, it is costly, both to the health of individual Canadians, and to the public health system at large.

When home and community care fails, patients end up in hospital emergency rooms, often long past the point at which preventive care measures may have provided a solution. Many then get admitted as inpatients — the most expensive form of health provision. They may then stay far too long in the hospital, awaiting a spot in a nursing home or for other appropriate community-based services to be arranged. One in

every nine hospital beds is occupied by a person over age 65 who could receive appropriate care elsewhere.

When emergency rooms and hospital beds are full patients receive care in hallways. Care and work conditions are jeopardized, which increases the likelihood of infections, medical errors and readmissions.

The interconnectedness of different parts of the healthcare system is not lost on Mike de Jong, BC's Minister of Health. Mr. de Jong recently told the Fraser Health Authority that they have 150 days to improve hospital care in several key areas including less hallway care; quicker movement from the emergency room to an actual bed if inpatient care is needed; and a lower average length of stay.

Fraser Health is not unique in BC, and BC is not unique in the country. Health ministries across Canada are all trying to address overcrowding in acute care. In many cases, they are employing similar initiatives to improve care and reduce the need for emergency rooms, acute inpatient care and nursing homes.

But what individual provinces alone cannot address is the broader need for a comprehensive and consistent approach to home and community care for all Canadians.

All provinces provide some public funding for home and community care services. But these services are not mandated by the Canada Health Act, which means that the extent of coverage, the eligibility for care, and the extent of subsidies

are determined by the provinces and territories on an individual basis.

The result: vast differences across the country for the type of care delivered, and who receives care.

For example, there are far more nursing home beds in Manitoba than elsewhere in the country. The proportion of seniors who receive publicly-funded home care services ranges from six per cent in PEI to 18 per cent in Ontario. Residents in nursing homes can pay twice as much for care in PEI compared to Alberta, and the process of deciding how much public subsidy an individual receives is different everywhere. Even the approach to care, including in important areas such as dementia, can vary considerably.

There are compelling equity and efficiency reasons to reduce the stark differences in access to home and community care services across the country.

A first step would be to define a standard set of services to be provided; to determine how these areas of care should be funded; and to understand what models of care currently in place have been shown to provide high quality care and support independence.

The premiers have a chance in July to seize this opportunity and rise to the challenge.

*Kimberlyn McGrail is an expert advisor with EvidenceNetwork.ca, assistant professor at the University of*

*British Columbia and associate director of the UBC Centre for Health Services and Policy Research. Linda Silas is president of the Canadian Federation of Nurses Unions.*

*A version of this commentary appeared in the Vancouver Sun, Halifax Chronicle Herald and the Hamilton Spectator.*

**July 2012**

## SECTION 9

# Des différences importantes dans les services de soins communautaires et à domicile d'un bout à l'autre du pays

*Pourquoi le Conseil de la fédération devrait-il s'attaquer au problème de la continuité des soins?*

KIMBERLYN MCGRAIL ET LINDA SILAS



Les premiers ministres provinciaux prendront part à la prochaine rencontre du Conseil de la fédération, qui se tiendra à Halifax à la fin du mois de juillet, et la question des soins de santé sera fort probablement à l'ordre du jour. Le premier rapport du groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, mis sur pied par les premiers ministres, sera en effet présenté à cette réunion, et l'on s'attend à ce qu'il traite dans une optique nationale des problèmes de ressources humaines et de prestation des services dans le domaine de la santé. Cette rencontre sera aussi l'occasion d'établir le prochain ensemble de priorités du groupe de travail.

Les soins communautaires et à domicile devraient figurer en tête de cette liste des priorités. Voici pourquoi.

Les soins communautaires et à domicile regroupent la diversité des services que reçoit la population en dehors des hôpitaux et des cabinets de médecins. Cela comprend aussi bien les maisons de soins infirmiers que les soins à domicile, les services de soutien à la personne (tels que l'aide au bain ou au ménage), une variété de services de soins communautaires et, bien sûr, les soins prodigués par la famille ou des amis.

Idéalement, les fournisseurs de soins collaborent pour constituer une approche globale des soins communautaires et à domicile. Le contraire est coûteux, à la fois sur le plan de la santé des Canadiens et pour le système public de santé dans son ensemble.

Quand les soins communautaires et à domicile font défaut, les patients aboutissent dans les salles d'urgence des hôpitaux,

souvent bien après le stade où des mesures de soins préventifs auraient pu fournir une solution. Plusieurs sont alors hospitalisés — ce qui est la forme de prestation de soins la plus coûteuse. Leur séjour à l'hôpital risque d'être beaucoup trop long, tandis qu'ils sont en attente d'une place dans une maison de soins infirmiers ou des services appropriés provenant d'une ressource communautaire. Dans les hôpitaux, un lit sur neuf est occupé par une personne âgée de plus de 65 ans qui pourrait recevoir ailleurs les soins dont elle a besoin.

Quand les salles d'urgence débordent et que tous les lits d'un hôpital sont occupés, les patients sont soignés dans les couloirs. Les conditions de soins et de travail sont dès lors menacées, et ce contexte accroît les risques d'infections, d'erreurs médicales et de réadmissions.

L'interdépendance des différents volets du système de soins de santé n'échappe pas au ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, M. Mike de Jong. Celui-ci a récemment annoncé à la Fraser Health Authority qu'elle avait 150 jours pour améliorer les aspects clés des soins hospitaliers, ce qui devrait notamment se manifester par une baisse du nombre de patients soignés dans les couloirs, par une réduction des délais d'accès à un vrai lit pour les personnes qui se présentent à l'urgence et doivent être hospitalisées, et par une diminution de la durée moyenne des séjours.

La Fraser Health Authority ne fait pas classe à part en Colombie-Britannique, et cette province n'est pas la seule à devoir relever ce type de défis. Les ministres de la Santé de partout au Canada recherchent des solutions aux débordements des services de soins de courte durée. Plusieurs ont adopté des mesures semblables pour améliorer les soins et réduire le recours aux salles d'urgence, aux hospitalisations pour des soins de courte durée et aux maisons de soins infirmiers.

Toutefois, ce que les provinces ne sont pas en mesure d'élaborer de façon isolée, c'est une approche globale et cohérente des soins communautaires et à domicile à l'intention de tous les Canadiens.

Toutes les provinces fournissent un certain financement public des services de soins communautaires et à domicile. Cependant, ces services ne sont pas prescrits par la Loi canadienne sur la santé, ce qui signifie que la portée de la couverture, l'admissibilité aux soins et les montants des subventions sont déterminés individuellement par les provinces et les territoires.

Le résultat : des différences notables quant aux types de soins offerts et quant aux personnes qui en bénéficient dans les différentes régions du Canada.

Par exemple, le nombre de lits dans des maisons de soins infirmiers est nettement plus élevé au Manitoba qu'ailleurs au Canada. La proportion de personnes âgées qui bénéficient de services à domicile financés par des fonds publics va de 6 % à

l'Île-du-Prince-Édouard à 18 % en Ontario. Les résidents des maisons de soins infirmiers de cette même province maritime paient jusqu'à deux fois plus cher que ceux de l'Alberta pour les soins reçus, tandis que le processus menant à établir les montants des subventions de l'État accordées aux personnes diffère d'un endroit à l'autre. Dans des domaines importants, par exemple en ce qui a trait à la démence, même l'approche en matière de soins peut varier considérablement.

Pour des raisons d'équité et d'efficience, il apparaît important de réduire les différences marquées que l'on observe dans l'accès aux services de soins communautaires et à domicile d'un bout à l'autre du Canada.

La première étape en ce sens serait de définir une norme relativement à l'ensemble de services devant être offerts, de déterminer comment ces différents domaines de soins devraient être financés et de recenser les modèles de soins actuellement en place qui ont fait leurs preuves quant à la capacité de fournir des services de santé de grande qualité et de soutenir l'autonomie.

Les premiers ministres auront l'occasion, en juillet, de relever le défi.

*Kimberlyn McGrail est conseillère experte associée au réseau EvidenceNetwork.ca, professeure adjointe l'Université de la Colombie-Britannique et codirectrice d'UBC Centre for Health Services and Policy Research. Linda Silas est présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers.*

**juillet 2012**

---

# Appendix A

# Opinion editorials: the science and art of combining evidence with opinion

GREGORY P MARCHILDON, JENNIFER Y  
VERMA AND NORALOU ROOS

Reprinted from the *Journal of Evidence-Based Medicine* (doi: 10.1136/eb-2012-100996).

## Abstract

In the policy environment, the news media play a powerful and influential role, determining not only what issues are on the broad policy agenda, but also how the public and politicians perceive these issues. Ensuring that reporters and editors have access to information, that is, credible and evidence-based is critical for stimulating healthy public discourse and constructive political debates.

EvidenceNetwork.ca is a non-partisan web-based project that makes the latest evidence on controversial health-policy issues available to the Canadian news media. This article introduces EvidenceNetwork.ca, the benefits it offers to journalists and researchers, and the important niche it occupies in working

with the news media to build a more productive dialogue around healthcare.

## Introduction

Through knowledge transfer and exchange (KTE), health research can inform healthcare professionals and managers – frequently with excellent results and to the benefit of patients and the public. Many health researchers believe knowledge is a societal good and assume that their research is accessible to those who need it. One study of the newspaper coverage of two prominent medical journals, the *New England Journal of Medicine* and *The Journal of the American Medical Association*, demonstrated the extent to which the articles addressing issues of public interest were given prominence and extensive coverage in a timely manner.<sup>1</sup> However, communicating health research outside an academic audience is rarely straightforward, as health issues can be highly charged, attracting news media coverage and public debates. All too often, everyone from advocates and governments to scientists and experts struggle with an issue—its facts and fictions—through the news media glare.

Most health researchers shun media-based KTE because their expertise is limited and they fear misinterpretation (see table 1). These reasons appear to be corroborated in studies examining the barriers journalists face in reporting on health.<sup>2-6</sup> One study involving medical journalists from 37 countries found reporters have difficulty translating scientific terminologies, understanding the impact of study findings and finding reliable sources willing to speak on record.<sup>3</sup> Several sources have described a long-standing complaint of researchers—that journalists sometimes overstate or sensationalise study findings, introducing inaccuracies and

misleading the public about the implications of research findings.<sup>7-9</sup>

## Introducing EvidenceNetwork.ca

EvidenceNetwork.ca was established as a non-partisan, web-based facilitator to make evidence-based health research on Canadian health policy available to the media.<sup>10</sup> It connects journalists with health services and policy experts to provide access to credible, evidence-based information. It offers expertise in eight areas: (1) ageing population and its impact on healthcare, (2) healthcare costs and expenditure, (3) appropriateness (retitled ‘more care is not always better’), (4) the determinants of health (‘health is more than health care’), (5) patient financing of healthcare (‘the patient pays’), (6) private-for-profit solutions to funding and delivery, (7) sustainability and (8) waiting for care. These topics were selected on the basis that they are among the highest prioritised health services and policy themes in Canada.<sup>11, 12</sup> They all have a vast research basis, but are often misrepresented in the news, reflecting conflict among differing ideologies or deeply ingrained but unsubstantiated assumptions about the subject matter.<sup>13, 14</sup>

## Preparing academics to write op-eds

For researchers who have never written an opinion editorial (or op-ed for ‘opposite the editorial page’) for a newspaper, EvidenceNetwork.ca provides guidance and examples. It offers access to a professional editor to refine op-ed drafts, editing to make the piece copy-ready and provides strategic advice on potential angles. Through the editor and a contract with a news service, the op-eds are disseminated to the highest-circulation newspapers and then to dozens of local community, niche, ethnic and online media across the country. This results in op-eds being reprinted multiple times.

Research experts agree to respond to news media enquiries within 2 h and to report their media contacts to EvidenceNetwork.ca.

Table 1: Reasons why health researchers avoid the news media and proposed solutions for addressing their concerns.

REASONS/CONCERNS	MITIGATION STRATEGIES
Apprehensive to speak beyond one’s field of expertise	<ul style="list-style-type: none"><li>► Be willing to reach modestly beyond one’s narrow body of expertise</li><li>► Facilitate an understanding of the subject matter by connecting the dots between one’s professional work and the policy world</li><li>► Stay anchored within one’s expertise</li></ul>
Fear of being misquoted or taken out of context	<ul style="list-style-type: none"><li>► Write an opinion editorial, columns that are prepared and signed by individuals appearing on the page opposite the standard newspaper editorial pages</li><li>► Writer is able to keep a greater control over how evidence is presented to the public</li></ul>

Recently, two members of EvidenceNetwork.ca prepared and facilitated a workshop for researchers at the Canadian Association for Health Services and Policy Research annual conference.<sup>15</sup> Although both were health researchers, they spent part of their professional lives dealing with the media, one through senior positions in government and Royal Commissions and the other as a journalist and professional communicator. They were joined by a journalist-professor and a KTE expert. The workshop introduced the art and science of op-ed writing to approximately 50 health researchers including biomedical and clinical health services and population-health researchers. Participants self-selected into four theme groups: (1) activity-based funding (aligned with the EvidenceNetwork.ca themes: private-for-profit solutions to funding and delivery, and healthcare costs and spending), (2) mammography screening (waiting for care), (3) an ageing population and the fiscal sustainability of the healthcare system and (4) generic versus brand-named drugs (healthcare costs and spending). These themes were selected because they are timely, evidence-based and topics for which EvidenceNetwork.ca has already produced op-eds. As a background, we provided participants with a recent news article and research summary. We then asked each of the groups to address the following questions:

- ▶ What central focus will your op-ed take?
- ▶ Is it topical? Does it offer a new angle? How might you open and close the op-ed?
- ▶ What are your key lines of argument? What are your key facts?
- ▶ What other research, evidence or sources would you like to consider?

- ▶ What is the greatest struggle you face in preparing and publishing this op-ed?

After a report back from each team, participants received an EvidenceNetwork.ca op-ed on their theme. We learned three main lessons from the workshop about health researchers:

- 1) They encounter difficulty in focusing on a single dimension, because they tend to see many problems and complications within a research domain. They need to learn the art of isolating a single problem that they can address for each op-ed.
- 2) They often rely on the scientific debate rather than the public debate as their criteria for choosing their primary focus, and they need to learn how best to fit their concern into the current state of public discourse rather than the other way around.
- 3) They are apprehensive about entering public debates that extend beyond their obvious expertise. Here, they need to consider their role as citizens, not simply experts, and give themselves the right to have an opinion on issues that extend beyond their narrow body of expertise, and learn how to connect the dots between their professional work and the policy world around them.

All of these issues are addressed, in one form or another, by EvidenceNetwork.ca. Although only established in April 2011, it is possible to conduct a preliminary analysis of the impact of this new organisation.

## **Evaluating EvidenceNetwork.ca**

The evaluation plan for the network was developed after examination of the efforts of similar agencies worldwide.<sup>16-20</sup> For example, the Science Media Centre in the UK uses the following indicators to evaluate its efforts.

- ▶ Media briefings—how many briefings resulted in how many articles, and how many briefings achieved across-the-board coverage in press, radio and television
- ▶ Press releases—number per year
- ▶ Media inquiries—number and what prompted the inquiry
- ▶ Interviews—how many times reporters called and set up interviews.<sup>16</sup>

The Australia Science Media Centre and the Science Media Centre of Canada use similar indicators.<sup>17, 18</sup> EvidenceNetwork.ca assesses its effectiveness in four ways: (1) track the number of op-eds published and assess the size of the public reached, (2) monitor website use overtime, (3) get feedback from the media and (4) critically review news published before and after its interventions.

Publishing op-eds is important because it enables experts to communicate evidence directly to the public. EvidenceNetwork.ca's success in reaching its audience is presented in figure 1. The total number of op-eds published is determined by the number of op-eds written by health researchers multiplied by the number of newspapers that publish each op-ed. The high numbers written in May 2011 represent the kick-start of the network's op-ed strategy, whereas the numbers in February 2012 reflect the invitation from *The Hill Times* (an independent weekly newspaper on Canadian federal politics) to contribute to an issue on health policy. These numbers do not include reprints in French news

publications. The population reached is also influenced by the size of the publication and, in recent months, Canada's larger newspapers have published more EvidenceNetwork.ca op-eds. The network is recruiting more experts too, to scale-up its op-ed production. The network is also monitoring its website usage (using Google Analytics) and interviewing journalists. Data are being collected to assess the quality of news coverage before, during and after op-ed interventions.

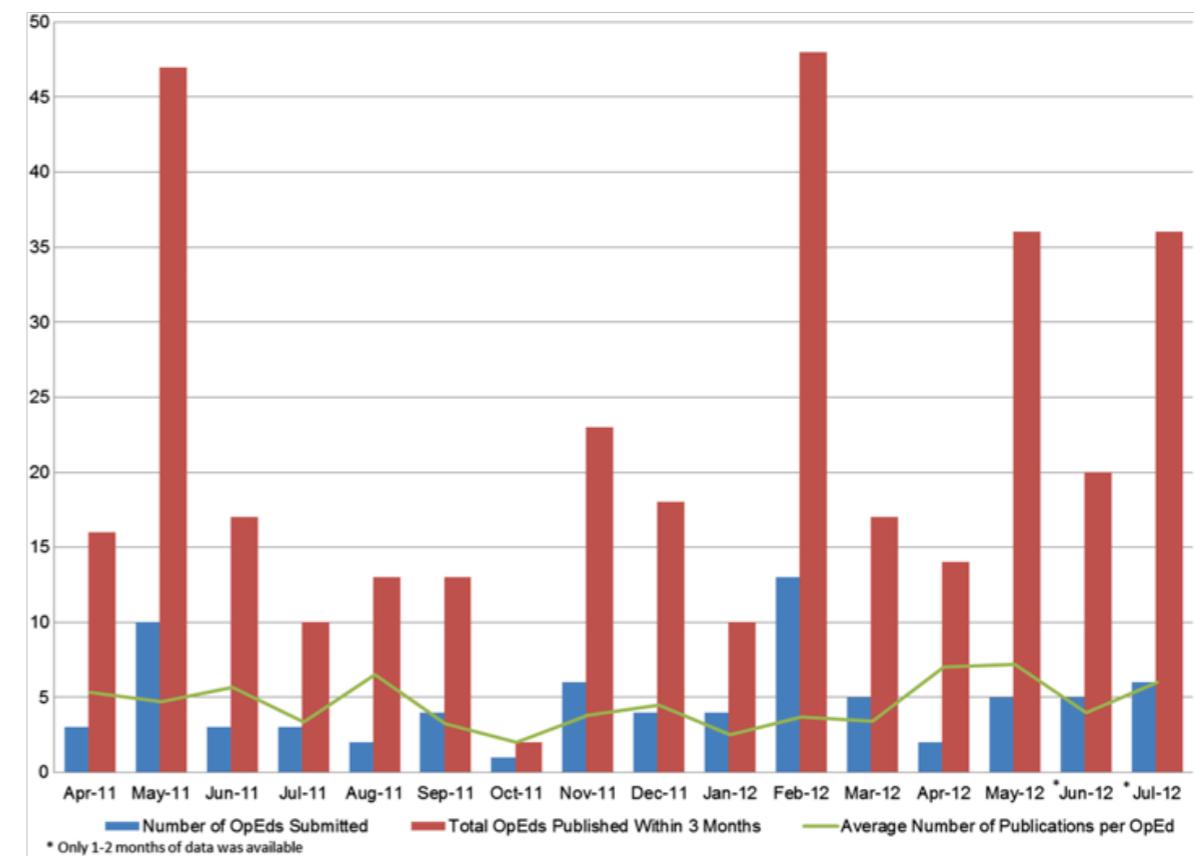


Figure 1: Total number of op-eds published in the first 16 months by EvidenceNetwork.ca. This figure is only reproduced in colour in the online version.

## Conclusion

The news media play a powerful and influential role determining what issues are on the public and political agendas and how the public and politicians perceive these

issues. Ensuring that reporters and editors have access to credible, evidence-based information is critical for stimulating a healthy public dialogue.

EvidenceNetwork.ca provides access to such information in the health-policy domain. Although still in its infancy, the network is becoming an invaluable resource that makes sense of controversial health policy issues, primarily through easing access for journalists to experts and pushing the experts' interpretation of the evidence out to the public via op-eds.

## Acknowledgements

The authors acknowledge the contributions of Kathleen O'Grady, Sharon Manson Singer and Gary Slywchuk.

Kathleen O'Grady is the network's Director of Communications and a Research Associate with Simone de Beauvoir Institute at Concordia University, and Director, QUOI Media Group. Sharon Manson Singer is the Co-Founder of EvidenceNetwork.ca and a Professor of Public Policy at Simon Fraser University. Gary Slywchuk is the CEO of Troy Media, the media service used by the network. Special thanks to Lindsay Wilson, an intern with the Canadian Foundation for Healthcare Improvement, who provided assistance with referencing as well as Shannon Turczak, the administrative assistant for EvidenceNetwork.ca, who created the figure.

Funding EvidenceNetwork.ca has been established with the help of a grant funding from the Canadian Institutes of Health Research (Grant #: 200904PHE-205389) and the Manitoba Health Research Council, as well as extensive consultation with experienced news media advisors, researchers across the country and the third-party evidence brokers including the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (formerly the Canadian Health Services Research Foundation), the

Canadian Institute for Health Information and the Health Council of Canada.

Competing interests, None.

## References

1. Burns RB, Moskowitz MA, Osband MA, et al. Newspaper reporting of the medical literature. *J Gen Intern Med* 1995;10:19–24.
2. Johnson T. Medicine and the media. *N Engl J Med* 1998;339:87–92.
3. Larsson A, Oxman AD, Carling C, et al. Medical messages in the media—barriers and solutions to improving medical journalism. *Health Expect* 2003;6:323–31.
4. Schwartz LM, Woloshin S. The media matter: a call for straightforward medical reporting. *Ann Intern Med* 2004;140:226–8.
5. Wilson K, Code C, Dornan C, et al. The reporting of theoretical health risks by the media: Canadian newspaper reporting of potential blood transmission of Creutzfeldt-Jakob disease. *BMC Public Health* 2004;4:1–9.
6. Winsten JA. Science and the media: the boundaries of truth. *Health Aff* 1985;4:5–23.
7. Nelkin D. An uneasy relationship: the tensions between medicine and the media. *Lancet* 1996;347:1600–3.
8. Shuchman M, Wilkes MS. Medical scientists and health news reporting: a case of miscommunication. *Ann Intern Med* 1997;126:976–82.
9. Seale C. Health and media: an overview. *Social Health Illn* 2003;25:513–31.
10. Evidence Network. Welcome to the Health Evidence Network of Canada. [Evidencenetwork.ca](http://Evidencenetwork.ca) (accessed Jul 2012).
11. Canadian Foundation for Healthcare Improvement (formerly, the Canadian Health Services Research Foundation). Listening for Direction III: National Consultation on Health Services and Policy Issues 2007–2010. 2008. [http://www.chsrf.ca/Libraries/Listening\\_for\\_Direction/LfDIII-FINAL\\_ENG.sflb.ashx](http://www.chsrf.ca/Libraries/Listening_for_Direction/LfDIII-FINAL_ENG.sflb.ashx) (accessed Jul 2012).
12. Canadian Institutes of Health Research. Evidence-Informed Healthcare Renewal. 2012 <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/43628.html> (accessed Jul 2012).

13. Thornhill J, Clements D, Neeson J. Myths, 'zombies' and "Damned Lies" Plague Canadian Healthcare Systems: What's a Researcher to do? *Healthc Q* 2008;11:14–15.

14. Mythbusters—using evidence to debunk common misconceptions in Canadian healthcare. 2012. <http://www.chsrf.ca/publicationsandresources/mythbusters.aspx> (accessed Jul 2012).

15. Canadian Association for Health Services and Policy Research. 2012. <http://www.cahspr.ca/> (accessed Jul 2012).

16. UK Science Media Centre. 2012. <http://www.sciencemediacentre.org/pages/> (accessed Jul 2012).

17. Australian Science Media Centre. 2012. <http://www.smc.org.au/> (accessed Jul 2012).

18. Science Media Centre of Canada. 2012. <http://www.sciencemediacentre.ca/smc/> (accessed Jul 2012).

19. Media Doctor Australia. The Newcastle Institute of Public Health. <http://www.mediadoctor.org.au/> (accessed Jul 2012).

20. Media Doctor Canada. <http://www.mediadoctor.ca/> (accessed Jul 2012).

# Recommended Reading

# Recommended Reading

Select sources for quality data and research on health policy issues in Canada include the following:

## **Canadian Foundation for Healthcare Improvement**

The Canadian Foundation for Healthcare Improvement (formerly Canadian Health Services Research Foundation) is an independent, not-for-profit corporation with a mandate to promote the use of evidence to strengthen the delivery of services that improve the health of Canadians. CFHI is funded through an agreement with the Government of Canada.

## **Canadian Institute for Health Information**

The Canadian Institute for Health Information (CIHI) is an independent, not-for-profit corporation that aims to contribute to the improvement of the health of Canadians and the healthcare system by disseminating quality health information. They have a wide range of data and information that are publicly available on their website. In addition, they have a proactive media team that can help journalists find the information they are looking for. This can be achieved in many ways, such as through an interview with an expert or customizing statistics.

## **Canadian Institutes of Health Research**

The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) is the major federal agency responsible for funding health research in Canada. It is the successor to the Medical Research Council of Canada. It aims to create new health knowledge, and to translate that knowledge from the research setting into real world applications.

## **Health Council of Canada**

Created by the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, the Health Council of Canada is an independent national agency that reports on the progress of healthcare renewal in Canada. The Council provides a system-wide perspective on healthcare reform in Canada, and disseminates information on best practices and innovation across the country. The Councillors are appointed by the participating provincial and territorial governments and the Government of Canada.

## **The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health**

The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) provides decision-makers with the evidence, analysis, advice, and recommendations they require to make informed decisions in healthcare. Funded by Canada's federal, provincial, and territorial governments, CADTH is an independent, not-for-profit agency that delivers timely, evidence-based information to healthcare leaders about the effectiveness and efficiency of health technologies.

## **Science Media Centre of Canada**

The Science Media Centre of Canada is an independent, not-for-profit charitable organization that exists to raise the level of public discourse on science in Canada by helping journalists access the experts and evidence-based research they need to cover science in the news. The SMCC is supported by over 120 Charter Members and ongoing support from patron organizations.

## **A Citizen's Guide to Health Indicators**

For individuals with an interest in healthcare and how to use health information, this resource provides an introduction to health indicators, what they are, where they come from, and how they can influence healthcare decisions and policies.

## **Canadian Cochrane Centre**

The Canadian Cochrane Centre (CCC) is one of 14 global, independent, not-for-profit Centres of The Cochrane Collaboration. The CCC supports the efforts of The Cochrane Collaboration in Canada and is funded by the Canadian Institutes of Health Research. Founded in 1993, The Cochrane Collaboration is the largest global network of scientists, researchers, health policy-makers and consumer advocates involved in the production of systematic reviews (Cochrane Reviews) of healthcare evidence. Some 28,000 individuals in over 100 countries willingly contribute their time and expertise to a rigorous process of gathering, assessing, and synthesising published research on the effectiveness of healthcare interventions. The results are then shared with practitioners, policy-makers and patients to help them make informed and effective choices. Cochrane Reviews are widely considered the gold standard in systematic reviews of health evidence. They are published in The Cochrane Library, in English with a growing selection available in other languages. As a non-governmental and not-for-profit organization, The Cochrane Collaboration operates without conflicts of interest and offers training and guidance to its growing network of contributors.

## **HealthNewsReview.org**

A group focused on improving the accuracy of news stories about medical treatments, tests, products and procedures. Funding is provided by the Foundation for Informed Medical Decision Making. See their Toolkit which includes Tips for Understanding Studies.

### **Media Doctor**

The goal of Media Doctor Canada is to improve Canadian media coverage of new medical drugs and treatments. The Media Doctor Canada team reviews current news stories about medical drugs and treatments, and assesses the stories' quality using a standardized rating scale.

### **Pharmaceuticalpolicy.ca**

PharmaceuticalPolicy.ca is a publicly-funded website maintained by the Pharmaceutical Policy Research Collaboration (PPRC), a network of university-based experts in pharmaceutical policy who are committed to making quality evidence on policy issues readily accessible to those who need it. PharmaceuticalPolicy.ca features pharmaceutical policy research and news items of interest to Canadians. It also lists contact information for acknowledged experts who are able to speak on a wide variety of pharmaceutical policy topics.

---

# About the Editors

## Noralou Roos



Noralou P. Roos received her PhD from the Massachusetts Institute of Technology in 1968. In 1972 she received the Sears-Roebuck Foundation Federal Faculty Fellow, and moved to the University of Manitoba in 1973. She joined the Population Health Group at the Canadian Institute for Advanced Research in 1988. Noralou was a co-Founder of the Manitoba Centre for Health Policy. She headed the group which received Canadian Foundation for Innovation funding to create Canada's first data laboratory, containing population based data on health, education and social services and held a Tier 1 Canada Research Chair. Citations to Dr. Roos' work place her among the top 100 Canadian scientists according to The Institute of Scientific Information.

She was a member of the Prime Minister's National Forum on Health, the Interim Governing Council setting up the Canadian Institutes for Health Research (CIHR), received the Order of Canada in 2005, was elected a member of the Academy of Sciences of the Royal Society of Canada (2009), and most recently received a Fellowship in the Canadian Academy of Health Sciences. Noralou led the Canadian Drug Policy Development Coalition working with Health Canada and the provinces which resulted in the funding of the Drug Safety and Effectiveness Network (DSEN) at CIHR. She has also been working with community groups, business and government to bring research on 'At-Risk' kids to the policy table; she is a Member of the United Way of Winnipeg Board of Trustees, the Winnipeg Poverty Reduction Council

(Strengthening the Core Working Group), and a Member of the Point Douglas/Lord Selkirk Park Project Advisory Board.

Dr. Roos has been Nominated for the Seventeenth Annual NIHCM Foundation Health Care Research Award for the article entitled “Enhancing Policymakers’ Understanding of Disparities: Relevant Data from an Information-Rich Environment” (co-authors: Leslie L Roos, Marni Brownell and Emma Fuller, University of Western Australia), has received the Inaugural Population and Public Health Research Milestone Award, CIHR and CPHA, and in 2010, gave the Emmett Hall Memorial Lecture, one of Canada’s most prestigious lectureships, which commemorates the father of Canadian medicare, with an annual address at the Canadian Association for Health Services and Policy Research Conference.

## Sharon Manson Singer



Sharon Manson Singer, PhD, is Professor with the School of Public Policy at Simon Fraser University at Harbour Centre campus. She is currently engaged in establishing the BC Centre for Population Prosperity at SFU. She has more than two decades of experience in the public policy environment. From 2006-2011 she was President of the Canadian Policy Research Networks, an internationally acclaimed think tank. From 1997 to 2001, she held a number of deputy minister positions in the British Columbia government, including being the lead deputy minister for British Columbia during the creation of the National Child Benefit and the National Children's Agenda. Additionally, as the Social Policy Chair of the BC Deputies Committee she instigated and created the BC Regional Socio-Economic Indicators Project, a nationally recognized data source to describe the well-being of British Columbians. Previously, Dr. Manson Singer was a tenured professor at the University of British Columbia and is also an adjunct professor at the School of Public Administration at University of Victoria. She is also an Adjunct Research Professor with the School of Public Policy and Administration, Carleton University. Her areas of expertise include health and social policy, research methods, voluntary sector management and leadership. She is the co-founder of EvidenceNetwork.ca devoted to creating dialogue for Canadians in advance of the Health Accord renegotiation in 2014. EvidenceNetwork.ca recently received confirmation of its grant renewal from the Canadian Institute for Health Research for ~\$440,000 over the next three years.

## Kathleen O'Grady



Kathleen O'Grady is a Research Associate at the Simone de Beauvoir Institute, Concordia University and the author and editor of numerous books and articles on health, women's and cultural issues. She is also the Founding Director of QUOI Media Group, specializing in political, policy and media research and strategy consulting. She has written and edited speeches, OpEds, policy briefs and research papers for Senators, MPs, MPPs, Chiefs of Police, academics and CEOs. Her client list includes the Senate of Canada, a number of Ottawa-based think tanks, such as Social Research and Demonstration Corporation, universities, including the University of Manitoba and McMaster University, politicians, artists and authors, and a wide range of national non-profit organizations, such as the Documentary Organization of Canada and the Canadian Women's Health Network.

In this capacity, she works as the Director of Communications for EvidenceNetwork.ca. On behalf of the research network she strategizes and edits the OpEd content from a wide-range of academic experts and works with editors at Canada's leading newspapers to make these submissions ready for publication. She also oversees a small communications team that actively pushes these commentaries, and other related projects, such as videos, backgrounders, webinars and infographics, through popular social media channels to raise the level of evidence in popular discourse about Canadian health policy options.

Kathleen is also a volunteer editor with Wikipedia on the Canada Project, on the board of directors for Girls Action

Foundation/Fondation filles d'action, and a volunteer board member for the Parent Resource Centre, an organization funded by the Ontario government serving under-represented families in the community.

She lives in Ottawa, Canada with her family, and is the mother of two young boys, one with autism.

## SECTION 4

# Shannon Turczak



Shannon Turczak is both the webmaster and e-newsletter editor for EvidenceNetwork.ca, in addition to providing administrative and executive support to the Co-Founders and the Director of Communications. She manages the day-to-day operations of EvidenceNetwork.ca and participates in the strategic direction of the project through team meetings.

## ABOUT THE EDITORS

---

# Camilla Tapp



Camilla Tapp has been a research assistant with EvidenceNetwork.ca since May 2012. She is also a student at the University of Manitoba in the Faculty of Science. Camilla was heavily involved in the development of *Canadian Healthy Policy in the News: Why Evidence Matters*, and provides support to the daily operation of EvidenceNetwork.ca.